

DES PERFORATIONS

N° 1

TRAUMATIQUES

DE L'INTESTIN

SANS SOLUTION DE CONTINUITÉ DES PAROIS ABDOMINALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 5 NOVEMBRE 1892

PAR

Dimo TIANEFF

Né à Hermanli (Bulgarie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—
1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O. * * *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	N....
Physiologie.....	N....
Id. HÉDON (Ch. du c.)	
Pathologie interne.....	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRE (O. * * C. * *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUBRUEIL, <i>président</i> .	MM. SERRE, agrégé.
FORGUE, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

Hommage de piété filiale.

A MA SŒUR

Amour fraternel.

D. TIANEFF.

A MES ONCLES

MARGARITE ET ATHANAS COSTADINOFF

ET A LEURS FAMILLES

Que de droits vous avez à l'hommage de cet écrit ! Puissiez-vous trouver à le recevoir le bonheur que j'éprouve à vous offrir ce faible gage de ma reconnaissance pour tous les bienfaits dont vous m'avez comblé.

A MON BEAU-FRÈRE K. GANTCHEFF

OFFICIER DE SANTÉ

D. TIANEFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBRUEIL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

D. TIANEFF.

A MESSIEURS

LE DOCTEUR L. ZOLOTOVITZ,
N. I. STRANSKY,
G. BELTCHEFF, D. GEORGIEFF,
ET A. SERBESOFF

En vous offrant ce premier fruit de mes études
médicales, je ne fais qu'exprimer bien faiblement
tout ce que je sens pour vous de respect et de
reconnaissance.

D. TIANEFF.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

BATLLE, ESTOR, BROUSSE ET SARDA

A MONSIEUR LE D^R LOUIS PLANCHON

CHEF DES TRAVAUX D'HISTOIRE NATURELLE A L'ÉCOLE SUPÉRIEURE
DE PHARMACIE

D. TIANEFF.

A MON AMI

LE DOCTEUR ASSEN M. PÉTROFF

Gage d'une amitié sincère.

A TOUS MES AMIS

D. TIANEFF.

DES PERFORATIONS TRAUMATIQUES DE L'INTESTIN

sans solution de continuité des parois abdominales

D'après le titre de notre travail, on voit qu'il s'agit uniquement de perforations intestinales consécutives aux traumatismes de l'abdomen. Nous laissons donc de côté les perforations organiques essentielles et les perforations traumatiques avec plaies pénétrantes de l'abdomen.

Deux ordres de causes peuvent déterminer les perforations traumatiques de l'intestin avec intégrité des parois abdominales : 1° l'ingestion de corps étrangers agissant de dedans en dehors ; 2° les violences extérieures.

C'est cette seconde catégorie de perforations qui nous occupera seule.

Le nombre des observations recueillies dans les archives de la science, surtout dans ces dernières années, sur les perforations traumatiques de l'intestin sans solution de continuité des parois abdominales, démontre leur grande fréquence et le haut intérêt qu'elles présentent.

L'intérêt que présente l'étude de ces cas réside surtout dans

la conduite que doit tenir le chirurgien appelé à les traiter. Pour établir aussi complètement que possible l'état actuel de la question, nous nous sommes efforcé de rassembler tous les cas qui ont été publiés jusqu'ici à notre connaissance.

Nous reconnaissons d'ailleurs volontiers que, pour traiter un sujet aussi délicat, il faut une érudition et une expérience qui nous font défaut.

Les difficultés que nous avons eu à surmonter, dans la rédaction de notre sujet, étaient encore augmentées par notre qualité d'étranger ; d'autant plus que des circonstances spéciales nous ont empêché de donner à nos recherches tout le temps et tout le soin que nous aurions voulu leur consacrer.

Ces considérations, nous en sommes persuadé, nous vaudront la bienveillance de nos maîtres ; aussi est-ce avec confiance que nous présentons aujourd'hui ce travail, tout imparfait qu'il soit, à l'appréciation de nos juges.

Avant d'aborder notre sujet, nous prions notre jeune et distingué maître, M. le professeur agrégé E. Estor, dont les excellents conseils sont venus en aide à notre inexpérience, et à qui nous devons l'idée de notre sujet de thèse, de vouloir bien agréer l'hommage de ce travail.

Nous prions également M. le professeur Dubrueil d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Les perforations traumatiques de l'intestin avec intégrité des parois abdominales devaient être connues des anciens ; cependant on n'en trouve pas de descriptions nettes dans leurs ouvrages.

Josèphe-Jacob Wepfer donna, le premier, croyons-nous, deux observations sur ces lésions. Dans l'une il s'agit d'un jeune homme qui, dans une rixe après boire, est foulé aux pieds par un autre homme également ivre. Il meurt le lendemain, et, à l'autopsie, faite par ordre du duc de Wurtemberg, en présence de plusieurs hommes de l'art, on trouva le jéjunum rompu sur une longueur de 3 pouces. Dans l'autre, il s'agit d'un homme de trente ans, domestique dans un couvent, qui, le 5 janvier 1657, vers cinq heures du soir, étant ivre, tombe d'un cheval attelé à une voiture vide, dont les roues lui passent sur le ventre ; la mort survient trente-six heures après l'accident ; à l'autopsie, l'iléon présente une perforation, dont l'ouverture pouvait laisser passer un pois.

Fabrice de Hilden (1), mentionne le cas d'un jeune homme dont l'abdomen, dans une chute, avait violemment heurté un corps contondant ; à l'autopsie, on trouve l'intestin rompu.

Morgani, dans sa LIV^e Lettre sur les blessures de l'abdomen, rapporte les résultats d'une autopsie faite par Valsalva et P. Molinelli, dans laquelle ils ont trouvé l'intestin rompu presque transversalement, sans aucune trace de contusion de l'abdomen.

(1) Cité par Jobert, *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*, 1829, t. I, p. 55.

Dans les œuvres chirurgicales de Cooper, nous trouvons une observation communiquée par Norris, dans laquelle l'iléon était le siège d'une ouverture irrégulière, assez grande pour admettre facilement le doigt, et où les parois abdominales ne présentaient aucune lésion visible à l'extérieur.

Jobert, dans son remarquable *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*, est le premier qui se soit occupé de la question avec assez de détails, et il cite plusieurs observations, entre autres celle d'un charretier qui tomba auprès de sa voiture, qui lui passa sur le ventre; il succomba un mois après; à l'autopsie, on trouva une rupture du jéjunum, remplie par une portion d'épiploon.

Pénasse, dans sa thèse (1831), s'occupe de la question et rapporte une belle observation.

Citons aussi particulièrement la thèse d'agrégation de Velpeau (1833) sur les contusions.

Dupuytren (1), dans ses leçons orales recueillies par Paillard et Marx, parle aussi des contusions internes des intestins, qui peuvent aller jusqu'à produire leur déchirure et leur rupture; il dit, en outre, que cette rupture se termine par un épanchement des matières contenues dans leur cavité, épanchement contre lequel l'art ne possède aucune ressource.

La mort est amenée ordinairement, dans ces cas, avec une extrême rapidité, par le développement d'une péritonite.

Il cite aussi quelques observations.

En 1844, Baudens, à propos d'un cas de perforation intestinale, sans solution de continuité des parois abdominales, cas qu'il a observé à sa clinique de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, fait une leçon clinique magistrale, qui est comme le plus éloquent plaidoyer en faveur de l'intervention. Cependant il n'intervint pas, dans la crainte de passer pour trop hardi, et laissa mourir son malade.

(1) *Loc. cit.*, p. 416, t. II.

En 1848, nous voyons, à la Société de médecine de Strasbourg (1), Kuss et Strohl s'occuper de ces lésions et émettre des théories sur la question du mécanisme de ces perforations.

Sédillot publie des observations dans la *Gazette médicale* de Strasbourg, de 1848 et 1850.

Le Mémoire de Poland, paru en 1858 dans le *Guy's Hospital Reports*, renferme aussi un grand nombre d'observations.

Mouillé (2), dans une étude sur la péritonite traumatique à la suite de coups de pied de cheval, sans lésions apparentes des parois abdominales, rapporte deux observations nouvelles de perforation intestinale avec intégrité des parois abdominales.

Nous devons une mention spéciale à la thèse inaugurale de Chauveau, parue en 1869, et qui renferme un grand nombre d'observations recueillies un peu partout.

Legouest, dans son *Traité de chirurgie de l'armée* (3), dit que les contusions de l'abdomen ne bornent pas toujours leur action aux parois de cette cavité et s'étendent quelquefois jusqu'aux viscères, et, bien que l'estomac et l'intestin, par leur mollesse et leur mobilité, échappent facilement aux violences extérieures, ils sont néanmoins quelquefois le siège de lésions. Il dit que le musée du Val-de-Grâce possède plusieurs pièces d'anatomie pathologique ayant trait à des ruptures de l'intestin grêle par des coups de pied d'homme ou de cheval. Dans bien des cas, quoique la paroi abdominale reste intacte, l'intestin, pincé entre la colonne vertébrale et le corps contondant, est immédiatement déchiré ou se gangrène consécutivement dans une petite étendue : les malades succombent à la péritonite provoquée par un épanchement, en général peu considérable, de matières intestinales.

(1) Discussion à la Société de médecine de Strasbourg (*Gazette médicale* de Strasbourg, 1848).

(2) *Recueil de mém. de méd., de chir. et de pharm. militaires*, 1861, p. 38.

(3) P. 372.

Longuet (1), dans un travail présenté à la Société anatomique, en 1875, rend compte des expériences auxquelles il s'était livré en vue d'élucider la question des perforations intestinales avec intégrité des parois abdominales, ainsi que des conclusions auxquelles il était arrivé au point de vue du diagnostic et du traitement de ces lésions.

De nombreuses observations ont paru surtout dans les *Bulletins de la Société anatomique*.

Parmi les thèses, nous citerons celles de Inchauspré, Parsavant, Villemen, Monnier, Druillet, Mugnier et Coillot.

Follin et Duplay, dans leur *Traité de pathologie externe*, s'occupent aussi des perforations intestinales avec intégrité des parois abdominales.

Signalons les deux études de Beck, dans le *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, en 1881 et 1884.

En 1883, Bouilly a publié sa remarquable observation sur la rupture de l'intestin grêle sans solution de continuité des parois abdominales ; c'est le premier cas dans lequel la laparotomie a été pratiquée et avec succès. On pourrait citer aussi le remarquable rapport que Berger a présenté à la Société de chirurgie à propos de l'observation de Bouilly.

Le travail de Chavasse, paru dans les *Archives de médecine et pharmacie militaires* de 1884, sur les contusions et ruptures de l'intestin sans lésion apparente des parois abdominales, est l'étude la plus complète qui ait été faite sur la question. Il a réuni tous les cas parus dans les archives de la science et les a longuement étudiés.

Moty, dans la *Revue de chirurgie* de 1890, a fait une étude remarquable sur les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval et a rapporté un cas où il a pratiqué la laparotomie avec succès.

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1875, p. 799.

ÉTIOLOGIE

Les perforations traumatiques de l'intestin, telles que nous les étudions ici, peuvent être déterminées par des causes très variées, mais que nous ramenons à deux types, selon qu'elles agissent par choc direct (brusquement, instantanément) ou par pression énergique. Quoique nous n'ayons pas trouvé chez l'homme des cas de perforation de l'intestin par choc indirect ou contre-coup, le fait nous semble possible et nous admettons volontiers, avec Tillaux (1), que, par exemple, par la chute d'un lieu élevé, sans que l'abdomen ait subi un choc direct, les viscères éprouvent un tel ébranlement, qu'une déchirure en peut être la conséquence.

Les traumatismes par fouettement ou flagellation de l'abdomen peuvent-ils déterminer une perforation de l'intestin ? Nous ne croyons pas le fait possible. Quant à la possibilité d'une rupture intestinale par une contraction énergique des muscles abdominaux, nous n'y croyons pas non plus.

Les traumatismes qui agissent sur le ventre par choc direct occupent la plus large part dans l'étiologie des lésions qui nous occupent. Ici nous distinguons :

1° *Les cas où un corps extérieur vient heurter le ventre, c'est-à-dire les cas où l'organisme résistant fournit à la violence un point d'appui qui favorise singulièrement son action destructive.* — Signalons dans ce groupe la fréquence remar-

(1) *Traité de chir. clinique*, 1891, p. 1, t. II.

quable des coups de pied de cheval. Dans l'armée, en temps de paix, ils sont presque toujours produits par cette cause (Chavasse) (1). Sur 54 observations résultant de nos recherches réunies à la fin de ce travail, nous les avons notés 25 fois. Viennent ensuite les coups de pied d'homme, les chocs par timon de voiture où de brouette.

Dans la belle observation de Baraduc (p. 57, n° 10), les lésions multiples de l'intestin et du mésentère avaient été produites par les fragments d'une machine qui avait fait explosion.

Desprès (2) parle d'un homme à qui un de ses camarades donna sur le ventre un léger coup avec la main, et qui tout-à-coup a été pris de symptômes de péritonite aiguë; à l'autopsie on a trouvé une rupture de l'intestin grêle.

Dans l'observation de Bonnaire, il s'agit d'un individu qui portait un lourd paquet de peaux sur son épaule; il eut l'abdomen violemment heurté par la chute de ce fardeau; il mourut huit jours après l'accident des suites d'une péritonite; à l'autopsie on trouve une perforation intestinale à l'union du jéjunum et de l'iléon.

Dans la première observation de Sédillot (p. 62, n° 13), on voit que la rupture de l'intestin grêle fut produite par un choc violent, déterminé par le manche d'une fourche poussé par un cheval qui ruait. Le blessé, transporté immédiatement à l'hôpital, avait le ventre météorisé, douloureux; au déclin du jour il eut une lipothymie et expira vers dix heures du soir. A l'autopsie on trouva une rupture de l'intestin grêle, avec épanchement considérable de matières alimentaires.

Dans une seconde observation du même auteur (p. 62, n° 14), où le point le plus externe et le plus déclive du cul-de-sac du

(1) *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1884, t. IV, p. 18.

(2) *Art. Intestin. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, 1874, t. XIX, p. 256.

cœcum offrait une ouverture transversale, le choc avait été produit par le couvercle d'un tonneau dans lequel le blessé avait enflammé de la poix. Renversé par la violence du coup, le malade éprouva des douleurs très vives au niveau du flanc droit, bien que les téguments fussent intacts. Le lendemain, il présentait tous les symptômes d'une péritonite et mourut le deuxième jour de l'accident.

Dans le cas de Longuet, où un boulanger, étant tombé par suite d'un faux pas, avait reçu sur le ventre, pendant qu'il était à terre, un pain de sucre qu'un ouvrier, passant près de lui, portait sur son épaule, nous voyons aussi une perforation intestinale produite par choc direct et où les parois abdominales n'ont présenté aucune solution de continuité.

2° *Les cas où, notre corps étant en mouvement, le ventre vient presser sur le sol ou sur quelque corps solide et résistant qui s'y trouve fixé.* — Dans l'observation de Norris, consignée dans les œuvres chirurgicales de Cooper (p. 51, n° 4), il s'agit d'un jeune homme maigre qui vient heurter avec force contre un poteau au détour d'une rue; le coup porta vers le milieu de l'abdomen; pas la plus légère trace de lésion de la partie sur laquelle avait porté le coup; le lendemain de l'accident, le malade meurt des suites d'une péritonite; à l'autopsie on trouve une perforation de l'iléon.

Baudens parle d'un soldat, Rossignol, qui conduisait avec une grande rapidité une brouette, quand tout à coup celle-ci se trouva arrêtée par un obstacle placé sur son passage. Rossignol, ne pouvant arrêter l'impulsion résultant de sa marche précipitée, se projette violemment contre l'extrémité d'un des bras de la brouette et reçoit dans l'hypogastre un coup tellement fort, qu'il tombe à la renverse; quelques instants après, des vomissements surviennent. Le lendemain, Baudens diagnostiqua une péritonite suraiguë avec perforation intestinale; le malade succomba le deuxième jour de

l'accident. A l'autopsie on découvrit, dans un point de l'intestin grêle appartenant à l'iléon et situé au-dessus de la fosse iliaque gauche, une perforation très étendue comprenant presque tout le calibre de l'intestin.

Le cas de Cheyne est tout à fait analogue à celui de Baudens. On voit que le blessé poussait une brouette de marchand par la barre de derrière, avec les brancards en avant. Pendant qu'il marchait ainsi, les brancards heurtèrent violemment contre un obstacle, et la barre de derrière le frappa à la partie supérieure de l'abdomen, lui causant une forte douleur; pas une plaie visible à l'extérieur de l'abdomen. Le lendemain, on trouva tous les symptômes d'une péritonite généralisée; admettant la possibilité d'une rupture intestinale, on pratiqua la laparotomie et on constata qu'on ne s'était pas trompé.

Dans l'observation de Rockwell (p. 136, n° 53) il s'agit d'un épileptique qui, pendant une forte crise, tomba de son lit; le ventre vint frapper contre le montant du lit. Deux heures après, le malade se plaignait d'une douleur dans l'abdomen; la mort survint seize heures après l'accident; à l'autopsie on trouva une rupture de l'iléon.

Dans l'observation de Wassilief, on voit que la perforation de l'intestin, chez un garçon de dix-huit ans, était due à une chute du premier étage d'une maison.

Dans celle de Yarr (p. 131, n° 50), on voit aussi une rupture siégeant sur la face antérieure du duodénum, immédiatement au-dessous de l'ouverture des canaux cholédoque et pancréatique, produite par la chute d'une hauteur de 7 à 8 pieds sur une pierre; les parois de l'abdomen ne présentaient aucune plaie.

Enfin, dans notre observation, on voit que le malade est tombé en même temps qu'une échelle sur laquelle il était monté et a été précipité à terre, à plat ventre, sur cette

échelle ; la laparotomie, faite le quatrième jour de l'accident, confirme le diagnostic d'une perforation intestinale avec intégrité des parois abdominales.

Les traumatismes agissant par pression énergique sont moins fréquents.

Ici nous distinguons :

1° *Les cas où l'abdomen se trouve serré entre deux corps durs animés de mouvement et qui exercent à la fois une pression convergente.* — Dans l'unique observation (de Jamin) que nous pouvons citer comme exemple, on voit qu'un camionneur vient d'être serré entre deux voitures ; quoiqu'il n'ait pas pu préciser les détails de l'accident, toujours est-il que c'est au niveau de l'abdomen qu'ont surtout porté la pression et le choc. Pas de plaie ni trace de contusion violente ; le ventre est distendu, douloureux ; mort le lendemain de l'accident. A l'autopsie, on trouve, à 0^m,75 environ du pylore, une perforation de 0^m,007 à 0^m,008 de diamètre.

2° *Les cas où l'abdomen se trouve serré entre deux corps durs, dont l'un est animé de mouvement.* — Dans le cas de Jobert, un charretier tomba auprès de sa voiture, qui lui passa sur le ventre. Sur-le-champ et à son entrée à l'hôpital, il présentait déjà une douleur très vive, tuméfaction de tout l'abdomen et tympanite énorme. Un mois après l'accident, il était en pleine guérison, lorsqu'il fut pris d'une pleuro-pneumonie à laquelle il succomba. A l'autopsie, on vit que la partie divisée de l'intestin était remplie par une portion d'épiploon.

Dupuytren donne l'observation d'un charretier qui conduisait sa charrette non chargée : il se laissa tomber, et une des roues lui passa transversalement sur la partie inférieure du bas-ventre. La peau était un peu ecchymosée et excoriée au niveau des épines antérieures et supérieures des os des îles. Il meurt le troisième jour, et à l'autopsie on trouve, à la partie

inférieure de l'intestin grêle, une large tache gangréneuse, au milieu de laquelle existait une ouverture de calibre d'une très grosse plume.

Bouley rapporte qu'une roue de voiture passa sur le ventre d'un individu ; et à l'examen du malade on ne découvrit aucune lésion, ni du squelette, ni des parties molles ; il succomba dans l'espace de deux jours, des suites d'une péritonite suraiguë. A l'autopsie on trouva une anse intestinale, sur une longueur de trois centimètres, presque complètement détachée ; elle était retenue par le mésentère, qui lui-même, dans une étendue d'un centimètre, lui formait pédicule.

Dans l'observation de Tissier, il s'agit d'un coiffeur qui a été renversé par une voiture dont la roue lui a passé sur le ventre, entre les côtes et le bassin ; pas la moindre ecchymose ou éraillure de la peau du ventre ; la mort survient dix-neuf heures après l'accident. L'autopsie démontre que l'intestin est entièrement sectionné dans toute sa circonférence, avec deux à trois centimètres de mésentère.

Reboul donne l'observation d'un individu qui fut renversé par un boghei ; la roue de voiture traversa obliquement l'abdomen au niveau des fausses côtes gauches et de la région ombilicale. L'individu ne put se relever et perdit connaissance. Transporté immédiatement à l'hôpital, il fut pris de vomissements, stupeur, etc. Il succomba aussi dix-neuf heures après l'accident des suites de péritonite infectieuse. L'autopsie démontra une perforation siégeant sur la troisième portion du duodénum, et une autre, plus étendue, sur une anse du jéjunum située immédiatement au-dessous.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Dans les traumatismes ordinaires, il y a des circonstances, les unes tenant à l'intestin, les autres aux parois abdominales, qui rendent plus fréquentes les perforations intestinales et plus efficaces les causes traumatiques.

Nous divisons les causes prédisposantes en deux groupes : les causes prédisposantes physiologiques et les causes prédisposantes pathologiques.

1° *Causes prédisposantes physiologiques.* — Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la distension de l'intestin par des substances alimentaires, solides ou liquides, par les matières fécales, par les gaz, sont des circonstances qui favorisent l'action traumatique. Chauveau (1), Druillet (2), expliquent le fait par la plus grande surface présentée alors par l'intestin ; Follin et Duplay (3) admettent aussi l'influence de la dilatation, surtout pour le gros intestin, qui, rempli de matières fécales, serait plus vulnérable qu'à l'état de vacuité. Longuet (4), Mugnier (5), Chavasse (6), Coillot (7), pensent que l'intestin, distendu par les gaz, résiste mieux, parce qu'il

(1) *Loc. cit.*, p. 11.

(2) Th. de Paris, 1882, p. 9.

(3) *Loc. cit.*, p. 677.

(4) *Loc. cit.*, p. 804.

(5) Th. de Paris, 1883.

(6) *Loc. cit.*, p. 26.

(7) Th. de Paris, 1885, p. 13.

devient plus élastique, et que, au contraire, plein de matières fécales, il offre une résistance moindre.

Quant à nous, si nous nous rapportons au chapitre du mécanisme des perforations intestinales, nous voyons, que les perforations produites par éclatement, — et elles sont les plus nombreuses, — ont lieu toutes les fois que l'anse intestinale atteinte contenait du liquide ou que la muqueuse, turgescence, jouait le rôle de liquide, et que, au contraire, toutes les fois que l'anse intestinale était vide ou pleine de gaz, la perforation intestinale était produite par le mécanisme de l'écrasement (contusion). En faisant ces quelques réflexions, nous ne prétendons nullement affirmer la première opinion (Chauveau, Follin et Duplay, etc.) et infirmer la seconde (Longuet, Chavasse, etc.). Nous croyons que cette question n'est pas encore élucidée, qu'elle demande de nouvelles et nombreuses expériences, et qu'elle est plus complexe qu'elle ne paraît au premier abord.

La contraction ou le relâchement des muscles de l'abdomen joue-t-il le rôle de cause prédisposante ? Chauveau (1) et Druillet (2) sont les seuls auteurs qui pensent que l'intestin a une aptitude plus grande à être blessé, lorsque le ventre est contracté. Ils expliquent cela en se basant sur ce que la contraction des muscles amoindrit la capacité de l'abdomen ; de cet amoindrissement il résulte que la masse intestinale, comprimée, presque immobilisée comme entre deux larges mains, ne peut éluder l'action des causes traumatiques.

Nous croyons, au contraire, avec Chavasse (3), que la contraction des parois abdominales augmente la résistance aux agents vulnérants, en dispersant l'action des forces et s'opposant au mécanisme du pincement antévertébral.

(1) *Loc. cit.*, p. 13.

(2) *Loc. cit.*, p. 10.

(3) *Loc., cit.*, p. 27.

La situation superficielle et l'état de fixité de certaines portions de l'intestin peuvent aussi être considérés comme des conditions favorisant la production de ces lésions.

Les incidences sous lesquelles les corps contondants rencontrent les parois abdominales sont variées. Si le coup porte perpendiculairement, l'anse intestinale atteinte, comprise entre le corps contondant et le point d'appui (qui est, dans ce cas, la colonne vertébrale), échappe difficilement. L'action du corps contondant est beaucoup moins efficace en cas d'incidence oblique, car l'intestin fuit mieux la pression ; il glisse sur les points d'appui, se laisse distendre, tirailler et résiste jusqu'aux dernières limites de son extensibilité. Cependant la solution de continuité peut s'effectuer à la fin(1), mais autant par traction que par pression, et la perforation qui prend alors naissance est une déchirure.

Parmi les causes prédisposantes, citons encore l'âge, le sexe, la profession, etc.

C'est, en effet, ordinairement dans l'âge adulte, alors que les occupations sont le plus actives, qu'on observe le plus souvent ces lésions ; pour la même raison, les professions pénibles, celles où le travail est surtout manuel, y prédisposent.

Relativement au sexe, c'est presque exclusivement chez l'homme qu'on a signalé ces traumatismes ; ils doivent être exceptionnels chez la femme, puisque nous n'en avons trouvé aucun cas.

2° *Causes prédisposantes pathologiques.* — Parmi les causes prédisposantes pathologiques, mentionnons l'état d'immobilisation de l'intestin, consécutif à un travail phlegmasique, où les anses intestinales se sont agglutinées entre elles ou avec les parois abdominales. Certains états morbides rendent

(1) Voir p. 30 le troisième mécanisme des perforations intestinales — déchirure.

plus friables les tuniques intestinales ; tels sont l'inflammation, les ulcérations chroniques de l'affection tuberculeuse, etc., le cancer sous ses diverses formes, etc. (Chauveau) (1).

Jobert (2) parle d'un homme atteint d'un cancer du rectum, et qui fut reçu dans la salle du professeur Richérand ; l'intestin se rompit au-dessus du néoplasme.

(1) *Loc. cit.*, p. 14.

(2) *Loc. cit.*, p. 63.

MÉCANISME ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La question de savoir quel est le mécanisme qui préside à la production des lésions qui suivent l'action des causes traumatiques sur l'intestin a reçu de la part des auteurs, qui ont vu et étudié des lésions de ce genre, des interprétations différentes : Jobert (1), Baudens (2), Mouillé (3), Legouest (4), admettent comme seul mode de production le pincement de l'intestin entre la colonne vertébrale et le corps contondant. Longuet (5) pense aussi, à propos du mécanisme de ces perforations de l'intestin, qu'elles n'ont lieu que si le canal intestinal est pincé entre le corps contondant et un plan résistant, qui est surtout la colonne vertébrale. En adoptant cette manière de voir, il s'est efforcé de la démontrer par quelques expériences.

Nous verrons plus loin que ce mode de perforation intestinale existe, mais qu'il n'est pas le seul et qu'il est le moins fréquent.

Küss (6) a donné une explication toute physique, et qui consiste dans le phénomène du choc, où les corps élastiques se rompent, parce que les molécules frappées sont mises en mou-

(1) *Loc. cit.*, p. 60.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1884, p. 137.

(3) *Loc. cit.*, p. 40.

(4) *Loc. cit.*, p. 372.

(5) *Loc. cit.*, p. 864.

(6) Cité par Chavasse (*Arch. de méd. et pharm. militaires*, 1884, p. 21).

vement, tandis qu'en vertu de l'inertie les molécules voisines restent immobiles. Inutile de remarquer qu'une théorie pareille est loin de donner une idée exacte des perforations intestinales, qu'elle n'est qu'une simple vue de l'esprit et qu'elle n'a pas un seul fait anatomique en sa faveur.

Pour Strohol (1), la rupture de l'intestin est due à ce que l'anse intestinale, retenue en un point de son trajet, ne peut fuir et se rompt, comme une corde dont la limite de tension est dépassée. La fixité de l'anse intestinale rentre dans les causes adjuvantes, dans certains cas de perforation intestinale; mais l'invoquer comme mode de production, c'est aller trop loin; aucun fait ne le prouve.

Chauveau (2), partisan déclaré de la théorie de Küss, croit, en outre, à la déchirure de dedans en dehors, par la violence du refoulement brusque du contenu de l'intestin. Dans la majorité des perforations intestinales, le refoulement brusque du contenu de l'intestin est le principal facteur; seulement la déchirure, dans ces cas, ne se produit pas, comme le veut Chauveau, de dedans en dehors, c'est-à-dire par la muqueuse, la musculieuse et la séreuse, mais de dehors en dedans, c'est-à-dire que c'est la séreuse qui éclate la première, puis la musculieuse et en dernier lieu la muqueuse.

Parsavant (3) rapporte une observation de Benjamin Anger, où le côlon transverse présentait trois perforations, à bords déchiquetés, produites par le choc d'une pierre très volumineuse, et il se range du côté de la théorie par éclatement.

Faurot (4) ayant noté, dans plusieurs de ses observations, « extroversion des bords de la déchirure », admet que le mé-

(1) Cité par Chauveau (Th. de Paris, 1869, p. 14).

(2) *Loc. cit.*, p. 15, 22.

(3) Th. de Paris, 1877, p. 77.

(4) Th. de Paris, 1877, p. 11 et 12.

canisme le plus fréquent est celui qui consiste dans l'éclatement des tuniques intestinales.

Pour Follin et Duplay (1), dans un certain nombre de cas, les lésions résultent de la compression d'une anse intestinale entre le corps contondant et la colonne vertébrale (lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une section complète de l'intestin à la suite du passage, sur le ventre, d'une roue de voiture). Dans d'autres cas, les lésions intestinales se produisent au point frappé, et ils admettent que la paroi intestinale se trouve alors comprimée entre l'agent contondant et les matières contenues dans la cavité du viscère ; enfin il est des cas où, sous l'influence d'un choc violent, le contenu de l'intestin, fortement refoulé du centre à la périphérie, détermine une distension brusque des parois avoisinantes, et la rupture de l'intestin se produit alors de dedans en dehors par éclatement.

La compression de l'anse intestinale entre l'agent contondant et les matières contenues dans la cavité du viscère, considérée comme mode de production des perforations intestinales par Follin et Duplay, ne nous semble pas possible. Chavasse (2) l'admet pour quelques cas particuliers, dans lesquels la force agirait rapidement, avec une grande vitesse (balle, éclats d'obus).

Chavasse, dans une étude très complète sur les contusions et ruptures de l'intestin sans lésion apparente des parois abdominales, en passant en revue les diverses théories mécaniques, et voulant s'édifier sur la réalité de chacune d'elles, s'est livré à quelques expériences. De ses expériences, il conclut que, « sauf dans des circonstances exceptionnelles, les contusions et ruptures de l'intestin se produisent par la compression directe du viscère pincé entre l'agent traumatique et les tissus osseux sous-jacents. »

(1) *Traité de pathologie externe*, 1878, t. V, p. 677.

(2) *Loc. cit.*, p. 25.

Nous nous rallions complètement à l'opinion de Moty (1), qui a fait, sur le sujet qui nous occupe, une étude remarquable à laquelle nous aurons du reste beaucoup à emprunter. Cet auteur admet trois mécanismes : éclatement, contusion, déchirure.

En effet, si on examine les faits cliniques, réunis à la fin de ce travail, dans lesquels l'agent contondant (choc direct ou pression énergique) a pu soumettre le contenu (2) d'une anse intestinale à une pression exagérée, on peut comprendre que, la communication entre le sommet de cette anse et les parties sus et sous-jacentes du tube intestinal étant momentanément interrompue, la pression s'élève brusquement, et l'anse, se trouvant distendue jusqu'à la limite de son extensibilité, éclate.

L'ouverture résultant de l'éclatement a presque toujours une forme ovalaire, à grand diamètre parallèle à l'axe de l'intestin, du côté opposé à l'insertion mésentérique.

Dans ce mode de déchirure, la séreuse, la musculuse et la muqueuse cèdent successivement, de sorte que l'étendue de la déchirure va en diminuant de la séreuse à la muqueuse. Dans l'observation de Dupuytren (p. 52, n° 5), on voit que la largeur de la déchirure était différente dans les trois membranes : celle du péritoine avait environ un pouce; celle de la musculuse était de moitié-plus petite; enfin, celle de la muqueuse était encore plus étroite.

En général, les perforations ont les bords plus ou moins déchiquetés; la muqueuse intestinale est renversée en dehors des lèvres de la perforation.

D'après Moty (2), « pour qu'une perforation puisse être

(1) *Étude sur les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval* (*Revue de chirurgie*, 1890, p. 878, et *Archiv. de méd. et pharm. milit.*, 1891, p. 158, 240).

(*) Liquide ou la muqueuse intestinale qui joue le rôle de liquide.

(2) *Loc. cit.*, p. 892.

produite par le mécanisme en question, il faut que le corps contondant agisse sur une anse d'une certaine étendue (5 centimètres au moins); s'il comprimait, dit-il, directement une anse quelconque, celle-ci échapperait le plus souvent, grâce à sa mobilité; elle pourrait être contuse, il est vrai; mais les liquides qu'elle contient seraient refoulés au-dessus et au-dessous, et il ne s'établirait pas, dans la cavité de l'intestin, une pression hydraulique susceptible de déterminer son éclatement. L'étendue de la rupture est déterminée par la quantité de liquide contenu dans l'anse intestinale. » Voilà pourquoi l'on voit parfois des lésions multiples, produites par ce mécanisme, siégeant sur une même anse intestinale, à une distance de 5 à 6 centimètres.

Tout autre est le mécanisme qui préside à des perforations consécutives à l'action des causes traumatiques sur l'intestin, quand le corps contondant (choc direct ou pression énergique) atteint une anse intestinale vide ou pleine de gaz. Ici, la pression du corps contondant agit directement sur un point quelconque de cette anse (celle qui se trouve pincée entre le corps contondant et le plan osseux, qui est surtout la colonne vertébrale) et produit une plaie contuse, peu étendue, de forme variable, avec ou sans hernie de la muqueuse.

Dans ce mode de perforation la muqueuse, la musculuse et la séreuse cèdent successivement, et l'étendue de la perforation va en diminuant de la muqueuse à la séreuse. Ainsi, dans l'observation de Beck (p. 82, n° 27), on voit une déchirure des parois intestinales, produite de cette manière, ayant 1 centimètre de long, à bords très nets et autour de laquelle, dans un rayon de 2 centimètres environ, la muqueuse offrait une teinte rouge de sang.

Quand les perforations intestinales sont produites par ce mécanisme, surtout quand le corps contondant est un fer de cheval, il faut remarquer qu'elles sont souvent multiples.

Cela se comprend facilement, parce que le fer de cheval agit par les deux extrémités de son diamètre, comme corps contondant.

Dans l'observation de Mouillé (p. 67, n° 19), on voit que les deux mécanismes, l'éclatement et l'écrasement, ont agi simultanément sur une même anse intestinale; à la partie inférieure de l'iléon, à 0^m,08 environ avant la valvule iléo-coecale, dans une étendue de 0^m,06, à peu près, existaient trois perforations de l'intestin: les trois tuniques étaient complètement rompues: des trois perforations, celle du milieu, la plus considérable, et d'un centimètre de diamètre, était produite par éclatement; les deux autres, ne présentant qu'une ligne ou deux d'étendue, étaient produites par écrasement.

Le mécanisme qui préside à la déchirure complète de l'intestin, avec intégrité des parois abdominales, est l'écrasement, auquel se joint un degré variable d'arrachement sur l'anse atteinte; tantôt c'est l'un, tantôt c'est l'autre de ces deux mécanismes qui prédomine (Moty) (1). En effet, lorsque le corps contondant rencontre les parois abdominales sous des incidences obliques, l'intestin fuit mieux la pression, il glisse sur les points d'appui, se laisse distendre, tirailler et résiste jusqu'aux dernières limites de son extensibilité. Cependant la solution de continuité peut s'effectuer à la fin, et la perforation, qui prend alors naissance, est une déchirure.

En examinant les extrémités de l'intestin rompu (*), on trouve la section faite comme avec des ciseaux ou un autre instrument tranchant; elle est nette, et la muqueuse fait hernie, par suite du peu d'élasticité de cette membrane et de la facilité avec laquelle elle glisse sur les parties sous-jacentes. Aucune force ne la sollicite à suivre la tunique mus-

(1) *Loc. cit.*, p. 894.

(*) Sous le nom de rupture ou intestin rompu nous désignons les cas où l'intestin a subi une solution de continuité intéressant sa périphérie tout entière.

culeuse dans sa rétraction, et toutes les fois que celle-ci, divisée sur un point, tend à se contracter, la muqueuse tend à faire hernie, même quand elle a subi une perte de substance plus étendue que les autres tuniques (Moty)(1).

Il nous a paru instructif de grouper, dans un tableau, les diverses parties de l'intestin qui ont été lésées, ainsi que leurs dimensions. Le voici :

SIÈGE		DIMENSION DE LA PERFORATION													
de	LA PERFORATION	Section complète (rupture)	de 6 à 10 centimèt. de longueur	3 pouces	de 1 à 2 pouces	de 1/2 à 1 pouce	Pièce de 5 francs	Pièce de 2 francs	Pièce de 50 cent.	de 1 à 2 centimèt.	Pièce de 1 franc	de 2mm à 1 centim.	de 1/3 à 2/3 de cir- conférence	Perfor. dont la direc- tion n'est pas marquée	TOTAL
	Duodénum.....	1		»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	4
	Jéjunum.....	3	1	1	1	»	»	»	1	»	»	2	»	1	10
	Jéjuno-iléon.....	»	»	»	1	»	»	2	»	»	2	1	1	»	7
	Iléon.....	4	1	»	1	»	»	»	3	5	2	6	»	5	27
	Iléo-cœcum.....	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
	Cœcum.....	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2
	Côlon transverse...	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	3
	S iliaque.....	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
	Intestin grêle dont la por- tion n'est pas indiquée.	2	»	»	»	»	»	»	3	4	1	»	»	2	12
	TOTAL.....	10	2	1	3	1	1	3	8	12	5	9	2	10	

(1) *Loc. cit* , p. 895.

Comme on le voit dans le tableau ci-contre, les divers sièges des lésions intestinales doivent être rangés, au point de vue de leur fréquence, de la manière suivante :

1° Iléon.	27
2° Jéjunum.	10
3° Jéjuno-iléon.	7
4° Duodénum.	4
5° Côlon transverse.	3
6° Cœcum	2
7° S iliaque.	1

Sous le rapport de leurs dimensions, les diverses lésions de l'intestin se classent ainsi :

1° De la grandeur d'une pièce de 50 centimes et d'une dimension de 1 à 2 centimètres	20
2° section complète (rupture)	10
3° de 2 millimètres à 1 centimètre. . . .	9
4° de 1 franc	5
5° de 2 francs.	3
6° de 1 à 2 pouces.	3
7° de 1/3 à 2/3 de la circonférence . . .	2
8° de 6 à 10 centimètres de longueur. . .	2
9° de 5 francs.	1

SYMPTOMATOLOGIE

Exposer d'une manière générale la symptomatologie des perforations intestinales consécutives aux traumatismes abdominaux n'est pas chose facile ; car il n'est, pour ainsi dire, pas un seul phénomène morbide, local ou général, qui ne puisse se montrer au début ou dans le cours de l'affection. Si certaines perforations intestinales se ressemblent et peuvent être comparées entre elles, d'autres n'ont guère de commun que la cause et la lésion initiale ; dans tout le reste, les différences sont très marquées.

Pour indiquer complètement les symptômes qui, au lit du malade, traduisent une perforation intestinale, il faut évidemment utiliser tous les cas connus, quels qu'en soient le siège, l'étendue, les formes et variétés, puis en extraire toutes les notions ayant un caractère suffisant de généralité.

C'est ce que nous allons essayer de faire. Toutefois, nous ferons remarquer que les perforations intestinales n'ont guère de symptômes qui leur soient propres et qu'on ne retrouve dans les autres traumatismes de l'abdomen.

Nous ne considérons comme symptômes des perforations intestinales que les modifications physiologiques occasionnées directement par l'action du corps contondant, et nous rejetons tout phénomène dépendant d'états morbides surajoutés.

Les modifications physiologiques présentent ceci de particulier, que, loin d'être limitées au point blessé, elles s'éten-

dent souvent à des régions et à des organes plus ou moins distants, et que la violence a respectés.

Il faut donc s'attendre à voir la contusion modifier directement les actes nerveux proprement dits, et indirectement les propriétés des vaisseaux, des muscles, des glandes, etc. Au début, tout se borne à des troubles fonctionnels, se rapportant uniquement à la commotion du système nerveux abdominal.

Voici, d'après Moty (1), le tableau morbide habituel au moment de l'accident et dans les heures qui suivent :

1° Syncope plus ou moins complète, avec sueurs et pâleur de la face, vomissements immédiats, refroidissement des extrémités, pouls petit et irrégulier, impulsion cardiaque diminuée ;

2° Un peu après, léger abaissement de la température de l'aisselle, retour des vomissements, hoquets (inconstants,) douleur locale sourde, céphalalgie, muscles abdominaux contractés ;

3° Immobilité du blessé, face inquiète, répulsion instinctive pour l'ingestion des solides ou des liquides.

Dans 24 observations, sur 54 que nous avons réunies à la fin de ce travail, et où aucun des symptômes n'a échappé à l'observateur au moment de l'accident, le tableau que nous donne Moty est parfaitement exact ; mais il n'est pas rare que, dans un assez grand nombre de cas, le choc, au début, ait été, sinon nul, du moins très peu marqué. Ainsi, dans le cas de Cheyne, nous voyons que le malade ne s'était pas évanoui, qu'il a pu pousser sa brouette et marcher un mille ; ce n'est qu'une heure et demie après l'accident que la douleur survint, etc. Donc, il y a des cas de perforation intestinale qui, au moment de l'accident, ne se révèlent par aucun symptôme et dans lesquels le choc péritonéal fait défaut.

(1) *Loc. cit.*, p. 886.

Il y a des cas aussi où la commotion peut être très marquée en l'absence de toute lésion viscérale ; elle n'a donc aucune valeur diagnostique.

« Le tableau symptomatique, toujours d'après Moty, change bientôt d'une à trois heures après l'accident : le calme renaît, la douleur s'assoupit de plus en plus, le facies du malade est plus tranquille et semble exprimer les deux impressions de la crainte et de l'espérance ; l'immobilité persiste, mais les vomissements s'arrêtent ; le pouls reste cependant irrégulier. La durée de cette deuxième période varie entre douze et vingt-quatre heures, mais elle se prolonge quelquefois. Dans la grande majorité des cas, c'est au bout de vingt-quatre à trente-six heures de calme que surviennent les accidents graves du côté du péritoine. »

Dans certains cas, alors que de graves lésions intestinales avaient été produites, les phénomènes primitifs ont été cependant peu marqués pendant les premières heures, de sorte qu'un pronostic bénin fut porté. Ainsi, en consultant notre tableau, on verra que parfois, après un traumatisme qui a produit des perforations intestinales, les symptômes graves ont apparu seulement au bout de plusieurs heures, et même de plusieurs jours, de sorte que les blessés ont marché et vaqué à leurs occupations sans se plaindre.

Nous nous contenterons de citer ici les deux faits suivants :

Bouley (1) a publié le fait d'un homme, sur le ventre duquel avait passé une roue de voiture, et dont l'état général, à son entrée à l'hôpital, était cependant très satisfaisant ; on porte un pronostic bénin ; cinq heures après l'accident se déclara une péritonite suraiguë qui enleva le malade dans l'espace de deux jours.

Holland (2) donne l'histoire d'une fillette de onze ans, qui

(1) Voir p. 91, Observ. n° 31.

(2) *British med. Journal*, 1873 ; cité par Chavasse ; *loc. cit.*, p. 30.

tombe sur le bord d'une marche d'escalier, se relève, remonte chez elle, vomit le contenu de son estomac et vaque ensuite à ses petites occupations sans se plaindre, éprouvant seulement de la soif. Le lendemain, à midi, elle descend seule et se plaint d'une légère douleur; à quatre heures du soir, elle mange un peu, pâlit et meurt presque subitement. A l'autopsie, on trouva le jéjunum rompu, dans la moitié de sa circonférence, à 12 pouces du pylore.

« Le retard dans le développement des symptômes peut s'expliquer, d'après Chavasse (1), dans le cas de rupture totale et complète de tout le calibre de l'intestin, par le resserrement des deux bouts sectionnés, qui s'oppose à l'épanchement des matières et des gaz pendant un temps évalué par Jobert à une demi-heure, mais d'une durée probablement plus longue. »

Outre les symptômes énumérés dans le tableau de Moty, et qu'on rencontre dans la majorité des cas, il y en a d'autres que nous avons rencontrés dans plusieurs observations et que nous tenons à mentionner. Telle est la rétention d'urine qui, pour Chavasse (2), n'est qu'un réflexe occasionné par la commotion du péritoine ou du plexus solaire. Tels sont encore : la constipation, l'irrégularité, la brièveté et la fréquence de la respiration; la sécheresse de la langue; la voix éteinte, cassée; la face pâle, grippée et inquiète; l'intelligence parfaitement conservée; la peau froide; les yeux excavés et cernés; les pupilles dilatées; le nez tiré; l'état normal de la température.

(1) *Loc. cit.*, p. 30.

(2) *Loc. cit.*, p. 29.

DIAGNOSTIC

Il est important, au point de vue de l'intervention opératoire, de poser un diagnostic assuré au début ou peu de temps après que le blessé a reçu le coup qui a dû amener la perforation de l'intestin. Généralement, le diagnostic offre des difficultés extrêmes, surtout au début; car il est très difficile de distinguer une commotion viscérale d'une perforation intestinale.

Le choc est un signe de peu de valeur, car il peut se montrer immédiatement et être très intense, dans le cas de simple commotion; mais, au bout d'une à deux heures, la réaction se rétablit par le relèvement du pouls et de la température.

« Lorsque, au contraire, d'après Chavasse (1), le choc se prolonge, même à un faible degré; que la face reste pâle, le pouls petit et rapide; que la température oscille autour de la normale, faisant contraste avec la rapidité du pouls et l'accélération des mouvements respiratoires, on peut admettre alors qu'on est en présence d'une lésion viscérale. »

Tout d'abord, on doit éliminer les lésions des autres organes contenus dans l'abdomen: le foie, la vésicule biliaire, la rate, les reins, la vessie et l'estomac.

Une fois cette élimination faite, il s'agit encore de déterminer s'il y a contusion grave, soit du péritoine, soit de l'intestin, ou si ce dernier est déchiré. Cette détermination est sou-

(1) *Loc. cit.*, p. 55.

vent difficile, ce qui tient surtout, d'après Moty, à ce que la lésion de l'intestin dépend de deux facteurs tout à fait distincts, la forme et l'étendue de la perforation d'une part, et de l'autre le passage des matières intestinales dans l'abdomen. Une petite perforation de la forme la plus bénigne, dit Moty, sur un intestin rempli, peut être rapidement mortelle, si elle laisse passer immédiatement un filet de liquides septiques dans le péritoine, tandis qu'une assez grande déchirure peut guérir dans les conditions opposées.

La douleur vive et l'altération des traits, quelques secondes après l'absorption d'un liquide, constituent un moyen de diagnostic pour les perforations siégeant à la partie supérieure de l'intestin grêle (Moty).

Ce moyen de diagnostic ne peut être utilisé que dix à douze heures après l'accident, à cause du spasme du pylore et de l'intolérance de l'estomac; en cas de résultat positif, ce serait une indication précieuse sur la réalité et sur le siège approximatif de la perforation.

L'explosion d'une péritonite dans les vingt quatre ou trente-six heures qui suivent la blessure est regardée comme un signe de perforation intestinale. On entend ici généralement par péritonite la forme aiguë généralisée de cette complication. Or entre cette forme grave et les formes légères, presque physiologiques, de l'inflammation du péritoine, il existe un nombre infini de degrés, que nous n'avons aucun moyen de distinguer sûrement les uns des autres, et dont les plus faibles nous échappent complètement (Moty).

Il résulte donc de tout ce qui précède que la péritonite n'est valable comme signe de perforation qu'autant qu'elle se présente avec des caractères graves, et la difficulté de reconnaître exactement ces caractères enlève à ce signe la plus grande partie de sa valeur et doit le faire classer parmi les signes probables (Moty).

La présence du sang dans les selles prouve seulement qu'il y a eu blessure de la muqueuse.

L'épanchement de liquides ou gaz, se produisant de bonne heure dans le péritoine, doit être considéré comme un signe de perforation intestinale, s'il existe en même temps des symptômes de péritonite grave.

Ordinairement, il est impossible de distinguer un épanchement des matières intestinales, sans ouvrir l'abdomen.

Jobert (1) a fait de l'épanchement de gaz, immédiatement après l'accident, un signe certain de lésion de l'intestin, quand il n'y a pas de plaie à l'extérieur.

PRONOSTIC

Le pronostic est presque fatal, si l'on n'intervient pas, non seulement en ce qui concerne les ruptures complètes, mais aussi pour les perforations par éclatement et par contusion. Nous n'avons trouvé qu'un seul cas de guérison, celui de Jobert (2), où l'autopsie confirma le diagnostic de perforation intestinale ancienne et permit de constater que la guérison était le résultat de l'interposition, entre les lèvres de la plaie, d'un petit lambeau d'épiploon, qui avait contracté des adhérences avec la tunique séreuse de l'intestin.

(1) *Loc. cit.*, p. 60.

(2) *Loc. cit.*, p. 60.

TRAITEMENT

Le traitement médical, dans les perforations intestinales, consiste à prévenir le développement de la péritonite. Comme l'existence d'une perforation va naturellement permettre aux matières que l'intestin renferme de passer dans le péritoine, où elles détermineront rapidement une péritonite suraiguë, le but du médecin doit être d'empêcher le contact de ces matières avec la séreuse, de favoriser la production de fausses membranes, capables de circonscrire l'épanchement ou de l'empêcher de se produire, et de permettre à la perforation de se cicatriser. Or c'est l'immobilisation absolue du blessé et des parties lésées qui peut permettre d'arriver à ce résultat.

L'immobilisation la plus complète est obtenue par le repos du blessé, par l'emploi des opiacés et la diète absolue.

Comme moyens adjuvants, on emploie les saignées locales (sangsues, ventouses scarifiées), et surtout la glace.

Tous ces moyens doivent évidemment être considérés comme entièrement insuffisants; ils n'empêchent nullement les accidents de s'aggraver et d'entraîner la mort; aussi est-ce avec raison qu'on a recours aujourd'hui, dans ces cas, à l'intervention chirurgicale.

Tous les chirurgiens reconnaissent que la seule chance qui reste au blessé est alors la laparotomie, qui permettra de nettoyer le péritoine, s'il est envahi par des substances septi-

ques, et de fermer la plaie intestinale, pour empêcher l'épanchement des liquides dans le péritoine de se renouveler.

Jobert (1) est le premier qui a posé l'indication nette et positive de l'intervention active : « Dans les cas où les accidents feront des progrès, où les jours du malade seraient en danger, faudrait-il, comme le conseille Brayer, mettre l'intestin à découvert et employer les moyens chirurgicaux? Je le pense, surtout si, le cas étant désespéré, on avait le moindre soupçon du siège de la plaie. »

Baudens (2) est encore plus affirmatif : « Puisque la mort est la terminaison nécessaire des blessures de ce genre, pourquoi, au lieu de s'en tenir à des remèdes presque inutiles, ne pas aller à la recherche de l'intestin lésé, en incisant les parois abdominales dans le point correspondant à celui où l'on présume qu'existe la perforation? Pourquoi ne pas l'attirer au dehors, soit pour y pratiquer quelques points de suture, soit pour déterminer la production d'un anus anormal? C'est une opération très grave, on ne peut se le dissimuler; la main du chirurgien se trouvera arrêtée par la crainte d'un blâme sévère, s'il vient à échouer dans son entreprise, et par une foule d'autres motifs plus ou moins étrangers à l'art; mais si le chirurgien est bien pénétré de l'idée que le malade est voué à une mort certaine, qu'une opération est la seule chance de salut pour lui, il devra avoir assez de hardiesse et puiser assez de force dans sa conscience pour se déterminer à pratiquer cette opération. »

Depuis cette époque, tous les auteurs qui se sont occupés des perforations intestinales avec intégrité des parois abdominales sont tombés d'accord sur l'opportunité d'une intervention active, mais personne n'a eu le courage de la mettre à

(1) *Loc. cit.*, p. 71.

(2) *Loc. cit.*, p. 137.

exécution. Il nous faut arriver à 1883, pour rencontrer Bouilly, le chirurgien hardi, qui s'est déterminé à pratiquer la laparotomie pour une rupture présumée de l'intestin.

Depuis cette opération, qui marque une époque dans l'histoire de la chirurgie du tube digestif, d'autres chirurgiens ont eu recours à la même pratique. Le premier cas de guérison fut présenté par Moty, à la Société de chirurgie, le 8 janvier 1890. Puis vient la communication de Croft, chirurgien anglais, à la Société clinique de Londres, le 17 mars 1890.

Mikulicz (1), conseille de faire la laparotomie toutes les fois que l'on soupçonne une perforation et une rupture de l'intestin, sans attendre qu'un diagnostic exact soit posé et que la péritonite atteigne un haut degré ; il faut, au contraire, dit-il, opérer immédiatement, ou faire une incision d'épreuve, qui n'est pas dangereuse.

Chauvel (2), dans un rapport qu'il a présenté à la Société de chirurgie, à propos d'une observation de Chavasse, intitulée *Contusion de l'abdomen par un double coup de pied de cheval*, conclut ainsi : « Qu'il y ait rupture ou simple contusion, péritonite inflammatoire ou péritonite septique, la laparotomie, pour être utile, doit être faite de bonne heure. »

Dans la discussion qui suivit le rapport de Chauvel, Duplay (3) dit : « Dans les cas de contusions et plaies de l'abdomen, la laparotomie doit être pratiquée de plus en plus, quand les symptômes observés permettent de croire à l'existence d'une plaie viscérale, surtout si le viscère atteint est l'intestin. »

Heydenreich (4) dit : « En face d'une péritonite consécutive

(1) *Laparotomie dans la perforation de l'estomac ou des intestins* (Sem. méd., 1884, p. 388).

(2) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 128.

(3) *Revue de chir.*, 1885, p. 128.

(4) *Du traitement de certaines péritonites par la laparotomie* (Sem. méd. 1885, p. 277).

à une rupture intestinale, sans lésion de la paroi abdominale, je n'hésiterais pas à faire, séance tenante, la laparotomie.»

Au sujet des indications de la laparotomie dans les traumatismes de l'intestin, sans lésion des parois abdominales, Chavasse (1) formule les conclusions suivantes :

« 1° La laparotomie doit être pratiquée dans tous les cas de contusion grave et de rupture de l'intestin fermées, c'est-à-dire sans lésion apparente des parois abdominales ;

2° Elle sera faite le plus hâtivement possible, dans les premières heures qui suivent le traumatisme, avant la généralisation de la péritonite ;

3° On se rapprochera le plus possible du point où aura porté la violence traumatique. Si la déchirure est minime, on fera une suture perdue, et on refermera l'abdomen, en mettant un tube à drainage ; si elle est totale ou comprend plus du tiers de la circonférence de l'intestin, on établira un anus artificiel ; on agira de même si, en raison de déchirures multiples rapprochées, on est obligé de réséquer une portion d'intestin. En présence d'une contusion grave, on se comportera suivant le cas, comme pour les ruptures ;

4° Cette opération est d'une utilité incontestable, étant donné l'excessive léthalité dans les lésions de ce genre. Même dans le cas où elle se bornera à son premier temps, c'est-à-dire à une simple incision restant exploratrice, elle sera utile, en permettant de traiter antiseptiquement la péritonite ;

5° Les contre-indications seront tirées de la dépression des forces, d'un collapsus trop prononcé et indiqué par une température de 36° à 35°, de la date éloignée des accidents, et de la concomitance des lésions de la rate, des reins et du foie (vésicule exceptée). »

Les contre-indications ci-dessus formulées par Chavasse

(1) Congrès français de chir., 1885, p. 259.

ont été déjà établies par Bouilly, pour la première fois, en 1883 (1).

Dans la discussion qui suivit la communication de Chavasse au Congrès français de chirurgie, Bouilly engage à faire la laparotomie au moment où débutent les accidents de la péritonite : vomissements bilieux, douleur aiguë de l'abdomen, survenant deux, quatre ou six heures après l'accident. « Intervenir rapidement par la laparotomie dès que l'indication est posée. On prévient ainsi le développement des accidents graves de la péritonite, et l'opération n'est pas rendue très laborieuse par les adhérences intestinales qui, malgré leur mollesse, créent de réelles difficultés. Si les perforations sont très larges, et surtout si l'état des tuniques intestinales ou la multiplicité des déchirures commandent une résection de plusieurs centimètres d'intestin, ne faire qu'une réunion partielle des bouts intestinaux à rapprocher, et laisser subsister une toute petite fistule intestinale dont on fixe les bords à la paroi. Cette fistule, petite, suffit à assurer l'issue des gaz et des liquides, et prévenir la disjonction des sutures, et, secondairement, peut guérir spontanément ou par une opération de minime importance. »

Reclus et Noguès (3) pensent que « l'intervention est formellement indiquée, quand il y a eu une très violente contusion, un coup de pied de cheval, par exemple, dès que le poulx devient petit, irrégulier, symptôme qui ne manque pas même dans la forme fruste, quand le tympanisme, d'abord localisé au niveau de la perforation, se généralise. »

« Le diagnostic de la perforation, dit Moty dans ses conclusions (4), pourra souvent être établi par les douleurs vives

(1) *Revue de chir.*, 1883, p. 704.

(2) Congrès français de chir., 1885, p. 272.

(3) *Trailement des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin* (*Revue de chirurgie*, 1890, p. 136).

(4) *Loc. cit.*, p. 915.

et immédiates résultant de l'absorption des liquides ; les grandes perforations et les éclatements indiquent la laparotomie et la suture intestinale ; on peut pratiquer cette opération avec succès, malgré l'invasion de la péritonite, pourvu que celle-ci ne soit pas trop avancée et que l'abdomen ne soit pas ballonné. »

Tillaux (1) conseille de commencer par un traitement palliatif et de n'intervenir par la laparotomie que lors de l'apparition de la péritonite.

D'après Wassilieff (2), « il vaut mieux ouvrir le ventre, sans y trouver de lésions internes, que de commettre une seule fois la faute de ne pas faire l'opération, lorsqu'il y a une plaie avec lésions des organes internes. »

Nous croyons avec Moty (3) qu'il n'est pas permis de se servir de la laparotomie exploratrice pour faire le diagnostic.

Jalaguier (4) pense qu'à l'apparition des phénomènes péritonéaux, « il n'y a pas à hésiter ; on doit opérer, et opérer sans retard, avant que l'épuisement nerveux et la septicémie engendrée par la résorption des produits épanchés à la surface du péritoine aient gravement compromis la force de résistance du blessé. »

Notre maître, M. le professeur agrégé Estor, pense qu'on doit intervenir dès qu'un léger degré de météorisme apparaît, sans attendre même l'apparition des autres symptômes de la péritonite.

Laparotomie et suture intestinale. — L'opération décidée et les précautions préliminaires prises, comme pour toute laparotomie, on fait une incision médiane, qui est l'incision de

(1) *Loc. cit.*, p. 4 et 5.

(2) *Quelques remarques sur le traitement des lésions traumatiques de l'abdomen* (*Revue de chirurgie*, 1891, p. 1011 et 1012).

(3) *Loc. cit.*, p. 915.

(4) Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*, 1891, t. VI, p. 366.

choix, longue, pour explorer toute la cavité abdominale, parce que, dans les chocs violents de l'abdomen, plusieurs anses intestinales peuvent être blessées.

L'abdomen ouvert, on va à la recherche du point blessé ; les indications fournies par le blessé facilitent beaucoup cette recherche. Pour peu que la perforation date de quelques heures, on voit les parties voisines plus congestionnées que les autres ; l'anse perforée est plus dilatée que le reste de l'intestin ; elle est rouge, luisante, on y rencontre quelquefois des parcelles alimentaires. Si, au bout d'une minute, on ne réussit pas à découvrir la perforation, l'examen méthodique du tube intestinal devient nécessaire : on saisira un point quelconque de l'intestin, que l'on marquera, afin de ne pas le perdre, en le confiant à un aide ou en plaçant, à ce niveau, une anse de fil aseptique sur le mésentère ; on parcourra ensuite toutes les circonvolutions contiguës, en allant toujours dans le même sens ; si, en déroulant l'intestin, on aboutit au pancréas ou au cœcum, sans avoir rien trouvé, on revient au point de départ, et on opère de même dans le sens opposé ; ainsi tout l'intestin défilera sous les yeux de l'opérateur.

La lésion, découverte, peut se présenter sous quatre formes différentes, et chacune d'elles réclame une intervention spéciale :

1° Si la perforation n'est pas trop étendue, on réduira la muqueuse, et l'on suturera, d'après la méthode de Lembert, les lèvres séreuses de la déchirure, suivant une ligne perpendiculaire à l'axe de l'intestin ;

2° Si la perforation dépasse 5 à 6 centimètres ; si, au voisinage de la perforation, se rencontrent des contusions profondes ; s'il existe des perforations multiples, très rapprochées, sur une même anse, il vaut mieux réséquer toutes ces parties, en ménageant un coin de mésentère, dont la base correspon-

dra à l'anse enlevée. L'affrontement des surfaces séreuses devient ainsi plus facile ;

3° En cas de rupture totale de l'intestin, on doit enlever les portions contuses, régulariser les bords de la solution de continuité, en excisant la muqueuse exubérante, s'il est nécessaire, et faire une entérorrhaphie circulaire ;

4° Si l'on trouve une portion d'intestin complètement isolée par une double rupture, dit Moty (1), il faut faire deux sutures circulaires complètes, ou réséquer l'anse séparée, suivant qu'elle est en bon ou en mauvais état.

Suture abdominale. — Quand la suture intestinale est terminée, on procède à une toilette minutieuse du péritoine, on réduit les intestins et on pratique la suture de l'incision. On emploie la suture en deux étages, une profonde et une superficielle.

Un pansement antiseptique, ouaté, compressif, est appliqué sur l'abdomen.

L'opéré est reporté dans un lit chaud ; on lui pratiquera une ou plusieurs injections d'éther.

Le premier jour on surveillera les urines, et l'on sondera le malade, s'il est nécessaire. Pendant toute la durée du traitement, on maintiendra une température égale et assez élevée dans la chambre du malade. On recommandera l'immobilité absolue et la diète complète pendant quarante-huit heures.

(1) *Loc. cit.*, p. 908.

CONCLUSIONS

1° Les perforations traumatiques de l'intestin, sans solution de continuité des parois abdominales, peuvent être produites par tous les corps ou instruments ronds, obtus, non tranchants, qui agissent par choc direct (brusquement, instantanément) ou par pression énergétique.

2° Les perforations intestinales sont produites par trois mécanismes différents : éclatement, écrasement, déchirure.

3° Les principaux symptômes sont : choc, douleurs vives et immédiates, succédant à l'absorption de liquides, vomissements répétés, porracés ; face pâle, refroidissement des extrémités, température afébrile, respiration anxieuse et accélérée, pouls petit et fréquent.

4° Le pronostic est presque toujours grave, si on n'intervient pas.

5° Le traitement médical, consistant à prévenir le développement de la péritonite, est généralement insuffisant.

6° La laparotomie et la suture intestinale sont indiquées immédiatement après l'apparition des premiers symptômes de perforation (météorisme).

7° La laparotomie peut être pratiquée avec succès, malgré l'invasion de la péritonite, pourvu que celle-ci ne soit pas trop avancée.

OBSERVATIONS

1. — Observation de Josèphe-Jacob Wepfer

(Citée dans la th. de Druillet. Paris 1882, p. 42)

Homme de trente ans, domestique dans un couvent. Le 5 janvier 1657, vers cinq heures du soir, étant ivre, il tombe d'un cheval attelé à une voiture vide, dont les deux roues lui passent sur le ventre, un peu au-dessus du pubis, transversalement sur l'hypogastre. Aussitôt vomissements fréquents et fécaloïdes, soif ardente, qui ne peut être calmée, parce que l'estomac rejette aussitôt les liquides, point de garde-robes ni de miction.

Le 6 janvier, vers midi, ballonnement de l'hypogastre, administration d'un lavement qui est rejeté aussitôt en entraînant quelques rares scybales. L'urine est rare, sort goutte à goutte; elle est sanglante, la nuit se passe péniblement, il n'y a pas de sommeil, par moments les membres sont convulsivés. La soif est ardente.

Vers le point du jour, vomissement d'une grande quantité de sang, après quoi survient une convulsion, puis la mort, trente-six heures après l'accident.

L'Autopsie est pratiquée le 7 janvier. On trouve dans l'abdomen une quantité moyenne de liquide sanguinolent. A droite, l'iléon est rouge, il présente une perforation dont l'ouverture peut laisser passer un pois. Sur le reste de l'iléon, on trouve des suffusions sanguines. La vessie est saine, mais contractée; elle contient de l'urine sanglante; les artères ne sont pas lésées; l'estomac est dans son état normal, ainsi que ses annexes.

2. — Observation de Josèphe-Jacob Wepfer

(*Éphémérides des curieux de la nature*. — Citée dans la th. de Druillet, 1882. Paris, p. 40.)

Un jeune homme, dans une rixe après boire, est foulé aux pieds par un autre homme également ivre. Le lendemain, vers quatre heu-

res du matin, il se plaint de ressentir dans l'abdomen une douleur violente, elle siège autour de l'ombilic; d'après son dire, elle est brûlante, gravative; le malade est tourmenté par une soif ardente, qu'il cherche inutilement à apaiser avec de l'eau, du vin, du bouillon; peut-être a-t-il mangé à l'insu de ses parents un morceau de pain; les vomissements apparaissent et continuent presque jusqu'au moment fatal; pendant le jour, le malade tantôt se promène dans sa chambre, tantôt se couche sur un lit, puis sur un autre, tant est profond son état d'angoisse, tant sont vives ses souffrances.

Le ventre est tendu, la face pâle est couverte d'une sueur froide, l'intelligence reste intacte. Le malade se confesse à haute voix à la tombée de la nuit; au moment où le prêtre lui donne l'absolution, la respiration est courte, anhéante, les extrémités sont froides, mais le malade jouit de toute sa présence d'esprit. La mort arrive dans la nuit.

L'AUTOPSIE fut faite par ordre du duc de Wurtemberg, en présence de plusieurs hommes de l'art, parmi lesquels il convient de signaler G. Stein. Le jéjunum fut trouvé rompu sur une longueur de trois pouces.

3. — Observation empruntée à Morgani

(*De Sedibus et causis morborum*, t. II, *Epist.* LIV, p. 324, observ. 14)

Un homme de trente-cinq ans reçoit un coup de pied de cheval sur l'abdomen; après quoi, ayant été pris de douleurs et de vomissements, il est reçu à l'hôpital de Sainte-Marie-de-la-Vie. Là, les douleurs persistent avec le sentiment d'un grand poids au bas-ventre et une extrême difficulté de respirer.

EXAMEN DU CADAVRE. — Bien que le cadavre, disséqué par Valsalva et P. Molinelli, n'eût présenté aucune contusion dans les muscles de l'abdomen, qui répondaient au lieu frappé, cependant, à l'ouverture, il laissa voir une grande quantité de sang épanché qui avait déjà commencé à se corrompre. Les vaisseaux qui se portent à l'épiploon étaient rompus, et l'intestin iléon, placé au-dessous de celui-ci, était entièrement déchiré et presque transversalement.

4. — Observation communiquée par M. Norris

(*Œuvres chirurgicales* de Cooper, trad. française par Chassaignac
et Richelot, 1835, p. 231, observ. 190.)

Dans la soirée du 23 février 1802, Serjeson, jeune homme maigre, vint heurter avec force, en courant, contre un poteau, au détour d'une rue ; le coup porta vers le milieu de l'abdomen. Le malade se remit au bout de quelques instants ; mais, après avoir été un peu plus loin, il sentit une douleur très vive, se trouva mal et fut obligé de s'asseoir sur le seuil d'une porte, où il resta dix minutes. De là il revint avec peine chez lui, à une distance d'environ deux cents pas.

Je le vis le lendemain matin, de bonne heure ; on ne trouvait pas la plus légère trace de lésion dans la partie sur laquelle avait porté le coup, mais sur le trajet des vaisseaux spermatiques du côté gauche, et jusque dans le scrotum, existait une ecchymose avec un gonflement qui offrait un volume égal à celui d'une hernie ordinaire.

Lipothymie ; vomissements accompagnés de grands efforts ; pouls fréquent et très faible ; face pâle et exprimant la plus grande anxiété ; douleur aiguë dans toute l'étendue du ventre ; toutefois l'abdomen était d'une grande souplesse et l'on pouvait réduire facilement les parties renfermées dans la tumeur de l'aîne ; mais à peine la pression avait-elle cessé, que la tumeur se reproduisait. Après avoir réitéré cette manœuvre, et après l'examen le plus attentif, j'acquis la certitude que la tumeur était exclusivement formée par un liquide. (Fomentations sur l'abdomen ; solution de sel d'Epson dans de l'eau de menthe de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à effet purgatif.)

Quatre onces de sel furent prises dans la journée sans aucun résultat. Les symptômes persistèrent et les douleurs devinrent atroces ; le malade mourut dans la matinée.

AUTOPSIE. — Le lendemain j'examinai le cadavre avec le docteur Yelloly. La tumeur avait augmenté de volume ; elle était livide, renfermait des gaz, ce qu'il était facile de reconnaître à sa rénitence. En l'ouvrant, on vit qu'elle contenait de la sérosité, du sang et des gaz. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula environ une pinte d'un liquide séreux et sanguinolent. Aucun des viscères abdominaux ne présenta la plus légère trace de lésion, excepté l'iléon, qui était le siège d'une

ouverture irrégulière assez grande pour admettre facilement le doigt et à travers laquelle tout ce qui était introduit dans l'estomac s'épanchait aussitôt dans la cavité abdominale.

Un tel accident doit être regardé comme étant nécessairement fatal, surtout quand les fibres circulaires de l'intestin sont intéressées comme dans ce cas, les lèvres de la déchirure restant béantes.

5. — Observation de Dupuytren

(*Leçons orales* de Dupuytren, recueillies par MM. Paillard et Marx, 1834, t. II, p. 423.)

Le nommé Maximien (Eugène), palefrenier, étant en train de panser un cheval, le 1^{er} août 1819, reçut de lui une ruade dans la région hypogastrique, entre le pubis et l'ombilic. Il fut renversé et éprouva dans le ventre une douleur très vive qui fut presque immédiatement suivie de vomissement. Un chirurgien lui pratiqua une forte saignée au bras, et fit couvrir le ventre de fomentations émollientes. Les coliques devinrent très fortes, le ventre tendu et très douloureux à la moindre pression; le surlendemain de l'accident, on l'apporta à l'Hôtel-Dieu. Le ventre était dur, tendu, très douloureux; on ne voyait à l'extérieur ni ecchymoses ni aucune trace de contusion. Pouls petit, serré, fréquent; face livide, grippée, portant l'empreinte d'une douleur profonde. La peau de tout le corps est froide et couverte d'une sueur visqueuse. Saignée du bras, quarante sangsues sur l'abdomen. Le soir, état encore plus fâcheux, deuxième saignée du bras, un quart de lavement avec une décoction de tête de pavot et six gouttes de laudanum. Dans la nuit, le malade paraît plus calme; il se plaint moins, mais la peau est froide, le pouls à peine sensible. Mort vingt-quatre heures après son entrée, troisième jour depuis l'accident.

AUTOPSIE. — Les parois de l'abdomen offraient une légère ecchymose au-dessus du pubis; un peu de sang épanché se trouvait dans le tissu cellulaire sous-cutané et entre les fibres musculaires des intestins. La cavité du péritoine était remplie d'une grande quantité de matières fécales liquides, d'une couleur jaune; le péritoine qui recouvre les intestins grêles était rouge et violacé dans quelques points. Dans presque tout le reste de son étendue, il était fortement

injecté, et offrait des signes d'une inflammation intense. A la fin de l'iléon, à un pied du cœcum, on voyait une crevasse d'une largeur différente suivant les trois membranes : celle du péritoine avait environ 1 pouce ; la musculuse était de moitié plus petite ; enfin celle de la muqueuse était encore plus étroite ; tous les autres viscères étaient sains.

6. — Observation de Marjolin

(*Archives de médecine*, 1826, p. 112)

Josèphe Polonois, âgé de quarante-cinq ans, fut apporté à l'hôpital Beaujon, le 10 juin 1825, à six heures du soir ; il venait d'être renversé par un éboulement de terre qui l'avait jeté avec violence sur les rebords d'une brouette. Il ne présentait alors que des traces de contusion aux parois abdominales et à la hanche du côté gauche ; mais le blessé était en proie à une grande anxiété, la respiration était gênée, le pouls était fréquent ; pas de vomissements, pas de crachements de sang. Saignée, limonade, diète, résolutifs sur les plaies contuses.

Le lendemain matin, à la visite, le malade offrait l'état suivant :

Respiration courte et fréquente, très gênée, anxiété extrême, ventre tendu : à gauche, la partie supérieure des parois abdominales était le siège d'un emphysème qui s'étendait également du même côté, sur la partie inférieure des parois thoraciques. Cet emphysème, plus considérable à l'endroit où siège la contusion, se propageait aussi un peu à droite de l'abdomen : le pouls était petit, concentré, à peine sensible, face grippée, langue sèche. Nous présumâmes une lésion grave de quelque viscère de l'abdomen et une fracture de côtes, mais cette dernière lésion ne put être constatée par l'exploration des parois thoraciques. Une légère crépitation semblait l'indiquer dans un moment, et un moment après nous cherchions en vain à la saisir : il nous était impossible de la distinguer. Six ventouses scarifiées sur les parties emphysémateuses, sinapismes aux jambes ; l'air sortit par les plaies des scarifications, et cependant l'emphysème s'étendit au delà des régions latérales de l'abdomen et de la poitrine. L'état du malade s'aggrava rapidement, la respiration ne se faisait plus qu'avec une difficulté extrême ; son pouls devint filiforme ; il mourut à midi.

AUTOPSIE faite le 12. Quatre côtes gauches étaient fracturées, deux ne l'étaient qu'incomplètement, la lame interne de l'os était rompue, l'externe restait intacte. Les muscles grand et petit oblique de l'abdomen étaient déchirés en haut et à gauche, assez loin de la ligne blanche ; dans cet endroit, il existait une infiltration considérable de sang, ce qui formait une sorte de tissu analogue à celui de la rate, mais plus crépitant. La portion de l'intestin grêle qui correspondait à cette région était coupée complètement en travers à dix-huit pouces du duodénum. La membrane muqueuse de l'intestin faisait saillie, et recouvrait la muqueuse externe ; il y avait dans la cavité abdominale un épanchement considérable de sang mêlé à des matières chymeuses. Le péritoine était rouge, injecté, le tissu cellulaire péritonéal infiltré d'air et de sang ; les poumons étaient sains, pas d'emphysème dans les tissus qui touchaient aux fractures des côtes.

7. — Observation de Jobert (de Lamballe)

(Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal, 1829, t. I., p. 62.)

Le nommé G..., âgé de vingt et un ans, charretier, tomba auprès de sa voiture, qui lui passa sur le ventre. Il fut conduit à l'hôpital Saint-Louis sur-le-champ, et à son entrée il présentait déjà les symptômes suivants : douleur très vive, tuméfaction de tout l'abdomen, tympanite énorme.

Le lendemain, son état n'avait pas changé ; la sensibilité était extrême ; il ne pouvait supporter le poids des couvertures, son pouls était fréquent et très petit ; il éprouvait des envies de vomir, mais qui n'étaient pas suivies de vomissements ; il y avait constipation ; la face était douloureuse, les yeux excavés ; on ne remarquait point de délire ; mais la respiration était difficile. Pendant huit jours ces symptômes persistèrent, quoiqu'ils eussent été combattus par des sangsues qui furent appliquées en grand nombre, par six saignées, des fomentations émollientes, etc. Cependant le dixième jour on administra un peu d'huile de ricin, le malade alla à la selle. Dès ce moment, le ventre se détendit peu à peu, et G... était en pleine guérison, lorsqu'un mois après il fut pris d'une pleuro-pneumonie à laquelle il succomba.

L'AUTOPSIE fit voir le jéjunum adhérent à la dernière fausse côte par une espèce d'infundibulum formé aux dépens des fausses membranes fournies par le péritoine, infundibulum qui tenait d'une part à une sorte d'enfoncement que présentait la côte, et de l'autre entourait la portion d'intestin qui avait été lésée : cette partie divisée était remplie par une portion d'épiploon.

8. — Observation de Penasse

(Thèse de Paris, 1831, p. 14)

Isidore Charrier, palefrenier, âgé de vingt-trois ans, est apporté à l'Hôtel-Dieu le 27 février au soir ; il était dans l'état suivant :

Face décomposée, traits tirés vers la racine du nez, nausées continues ; toutes les huit ou dix minutes, vomissements de matières bilieuses ; respiration pénible, courte ; pouls petit, très fréquent ; extrémités froides ; douleurs très vives dans l'abdomen, qu'exaspère la moindre pression et qui souvent arrachent des cris au malade ; peu de tuméfaction du ventre, mais une sorte d'empâtement général de sa paroi. La vessie ne paraît pas distendue, et pourtant le malade n'urina pas.

On apprend que ce malheureux a reçu la veille, à quatre heures du soir, un coup de pied de cheval lancé à grande volée ; au moment de la blessure, qui eut lieu peu de temps après le repas, la douleur a été atroce et suivie de perte de connaissance ; bientôt, malgré une saignée, se développèrent les symptômes de péritonite suraiguë. La faiblesse du pouls semblait contre-indiquer la saignée générale ; on se contenta d'appliquer 40 sangsues sur le ventre ; le malade fut mis au bain, et il éprouva un soulagement momentané ; il eut une évacuation d'urine et de matières fécales, qui n'étaient pas teintées de sang ; mais les vomissements continuaient, l'abdomen était douloureux, la voix éteinte, les extrémités froides. Charrier expirait trente-trois heures après l'accident, et douze heures après son entrée à l'hôpital. Il conserva jusqu'au dernier moment l'usage entier de sa raison.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE. — *Habitude extérieure du corps et appareil locomoteur.* — Cadavre d'une bonne constitution ; raideur cadavérique peu prononcée ; l'abdomen ne présente à l'extérieur aucune trace de contusion. Les muscles de la paroi antérieure sont sains.

Appareil digestif. — A l'ouverture du ventre, il se répand une odeur fétide ; cette cavité est remplie d'un liquide séreux, dans lequel nagent des matières fécales qui remplissent surtout le petit bassin. Le péritoine présente une grande quantité de plaques rouges, plus nombreuses et plus prononcées sur les intestins ; des fausses membranes imparfaites réunissent les intestins ; le mésentère présente des traces noirâtres, analogues à des ecchymoses.

L'estomac n'offre rien d'anormal qu'une coloration rouge, pointillée, qui se remarque vers la partie pylorique. Vers la terminaison du jéjunum et le commencement de l'iléon, on trouve une déchirure de la largeur d'un franc ; elle est de forme arrondie ; ses bords, de couleur noirâtre, sont rétractés. Il y a un peu de rougeur autour de cette lésion, qui est bien évidemment cause de la mort.

Tous les autres organes, examinés avec soin, paraissent dans l'état sain.

9. — Observation de Dupuytren

(*Leçons orales* de Dupuytren, recueillies par MM. Paillard et Marx, t. II, p. 421, 1834.)

Haudoy, charretier, âgé de quarante-cinq ans, s'étant enivré la nuit du 30 floréal an II, conduisait sa charrette non chargée ; il se laissa tomber, et une des roues lui passa transversalement sur la partie inférieure du bas-ventre. La peau était un peu ecchymosée et excoriée sur les épines antérieures et supérieures des os des îles. Il fut transporté à l'Hôtel-Dieu la même nuit, à trois heures du matin ; il était sans parole ni connaissance, tant à cause de son accident que de l'ivresse dans laquelle il était. Il vomit du vin qu'il avait bu, avec quelques parcelles d'aliments à demi digérés, puis une matière d'un vert brunâtre. Au moment de la visite, on l'a trouvé la face pâle, jaunâtre, surtout autour du nez, couleur qui s'est de plus en plus prononcée. Le pouls était petit, serré, concentré et fréquent. Le bas-ventre était très douloureux (saignée du bras, fomentations émollientes sur la partie douloureuse). Le soir, mêmes symptômes, faiblesse extrême ; décubitus sur le dos, extrémités froides (potion cordiale et calmante).

Le 2, un peu moins mal, mais souffrant toujours de douleurs si

vives, qu'il désirait la mort. Le blessé vomissait constamment tout ce qu'il prenait, et avec une matière visqueuse, filante, de couleur vert-brunâtre. Le soir, frissons, extrémités plus froides que la veille. Continuation du vomissement; pouls très petit et irrégulier. Au milieu de la nuit il a voulu se lever; mais les forces lui ayant manqué pour se recoucher, il s'est jeté à la renverse en travers de son lit, où il a expiré au même instant.

A l'ouverture du corps, nous avons trouvé un épanchement de matières fécales liquides dans l'abdomen; à la partie inférieure de l'intestin grêle, était une large tache gangréneuse, au milieu de laquelle on trouva une ouverture du calibre d'une très grosse plume.

Le péritoine était vivement enflammé dans toute son étendue. Les intestins adhéraient entre eux par le moyen de fausses membranes, et offraient, dans différents endroits de leur étendue, des points livides et brunâtres. La face convexe du foie était entièrement recouverte de la même concrétion membraniforme. La vésicule du fiel était vide.

10. — Observation de Baraduc

(*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1838, t. XIII, p. 336)

Dubillon (Alexandre), âgé de trente ans, journalier, de Sussy, est entré le 2 janvier 1839 à l'hôpital Saint-Antoine.

A six heures du matin, pendant qu'il travaillait dans une fabrique de sucre à Varenne-Saint-Maur, Dubillon est atteint au ventre par les fragments d'une machine en explosion. Quatre heures après l'accident il est transporté à l'hôpital Saint-Antoine.

Une saignée lui est pratiquée.

Dans la soirée, le malade éprouve dans l'abdomen une douleur très vive, qu'aggrave encore le contact le plus léger, circonstance qui met obstacle à l'exploration des viscères de la cavité.

Vomissements nombreux de sang noir coagulé, besoin fréquent d'uriner, inspiration difficile, pâleur de la face, peau froide, pouls petit, irrégulier, peu fréquent. C'est avec peine que le malade donne quelques détails sur la nature de l'accident qui lui est arrivé.

Aucune trace de contusion n'existe sur les parois de l'abdomen. La lèvre supérieure, l'aile droite du nez et la partie supérieure du même côté sont un peu excoriées. On remarque, à la partie externe de

l'avant-bras gauche, une petite plaie oblique en bas et en arrière, de 8 lignes de longueur (30 sangsues sur l'abdomen).

Les piqûres fournissent peu de sang. On évacue par le cathétérisme une demi-once d'urine limpide, de couleur citrine.

Le 3 janvier, le malade meurt à trois heures du matin, vingt-quatre heures après l'accident.

AUTOPSIE. — La peau du ventre ne présente d'autre trace d'ecchymose que celle qui est le résultat des piqûres de sangsues.

Un épanchement de sang noir, semblable par sa consistance à de la gelée, occupe le tissu cellulaire et sous-cutané des régions ombilicale et hypogastrique; il est bien circonscrit et autour de lui le tissu cellulaire conserve sa blancheur. L'ouverture de l'abdomen laisse s'écouler trois ou quatre pintes de sang liquide, offrant un reflet que l'on peut comparer à celui que lui communiquerait le mélange d'une grande quantité de bile. Le grand épiploon est étalé sur les intestins; çà et là se trouvent, sur la surface antérieure, quelques filaments fibrineux qui lui adhèrent. Il est abondamment chargé de graisse, mais elle est déprimée de même que si elle eût été soumise à un degré de pression assez considérable. L'intestin grêle est affaissé sur lui-même, son calibre est peu volumineux; dans les deux tiers supérieurs il est d'une couleur cerise; cette teinte disparaît insensiblement et se trouve remplacée inférieurement par de petites ecchymoses. L'iléon est le siège de trois ruptures placées sur sa convexité et sa paroi antérieure; ces ouvertures, de la longueur et de la forme d'une pièce de dix sous, présentent les caractères suivants: la membrane muqueuse s'infléchit de dedans en dehors, pour se renverser en forme de bourrelet circulaire sur la tunique péritonéale qu'elle déborde d'une demi-ligne environ. Cette disposition de la muqueuse donne à l'ouverture l'aspect du cul de poule. Sur leurs bords on remarque une couche peu épaisse de matière pulpeuse, noirâtre, formée du détrit des membranes.

La tunique musculaire déborde un peu l'ouverture de la membrane séreuse.

A trois pieds environ de la valvule iléo-cœcale, l'intestin grêle éprouve une perte de substance qui intéresse les cinq sixièmes de son calibre; cette solution de continuité se prolonge dans une étendue d'un pouce sur le mésentère, où elle se termine en formant un angle aigu. La plaie de l'intestin est irrégulière et fortement contuse; la tunique péritonéale est divisée dans toute l'étendue de sa circonfé-

rence ; les bords de cette division sont écartés l'un de l'autre ; sur la paroi postérieure de l'intestin, ils interceptent entre eux une surface de 4 à 5 lignes de largeur sur 5 à 6 de longueur, formée par les tuniques sous-péritonéales, qui établissent en ce point la continuité de l'iléon. La longueur de ce prolongement semble mesurer l'étendue de la perte de substance qu'a éprouvée l'intestin dans les cinq sixièmes de sa circonférence.

La membrane muqueuse est renversée sur la tunique péritonéale ; elle se comporte à son égard de la même manière qu'au niveau des déchirures que présente l'intestin. Une petite quantité de matières chyleuses et quelques caillots de sang se trouvent dans la cavité de l'intestin grêle.

Le mésentère est le siège de trois autres perforations, dont deux, à peu près circulaires, pratiquées comme par un emporte-pièce, ont un pouce et demi à deux pouces de diamètre ; on trouve encore sur le grand repli péritonéal un nombre infini d'éraillures qui n'intéressent qu'un seul de ses deux feuillets.

Le rectum offre une large ecchymose bornée à gauche par deux ruptures irrégulières de la tunique séreuse, de 8 à 10 lignes de diamètre, situées à peu de distance l'une de l'autre ; sa cavité contient des matières fécales.

Intégrité parfaite du foie, de la rate et des autres viscères abdominaux. L'estomac contient une cuillerée de mucosité mêlée à une petite quantité de sang.

11 — Observation prise à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce

(Service de M. Baudens, par Maturé, aide de clinique. — *Gazette des hôpitaux*, 1844, p. 137.)

Rossignol, soldat au 18^e de ligne, âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, travaillait, dans la matinée du 24 octobre 1843, dans une baraque du camp de Charenton. Il conduisait avec une grande rapidité une brouette, quand tout à coup celle-ci se trouva arrêtée par un obstacle placé sur son passage. Rossignol, ne pouvant maîtriser l'impulsion résultant de sa marche précipitée, se projette violemment contre l'extrémité d'une des branches de la brouette et

reçoit dans l'hypogastre un coup tellement fort, qu'il tombe à la renverse à quatre pas en arrière. Il en résulte une douleur très vive dans l'abdomen ; quelques instants après, des vomissements surviennent. Les douleurs et les vomissements ont continué toute la journée. Le soir, le blessé est transporté au Val-de-Grâce, salle 31, n° 45. Le chirurgien de garde lui pratiqua une saignée de 500 grammes et appliqua 30 sangsues sur le point de l'abdomen où le coup avait porté.

A la visite du 25, le malade offre les phénomènes suivants : le ventre est tuméfié, ballonné, tendu, très douloureux à la pression ; la douleur est surtout vive sur le côté gauche de l'hypogastre, à deux pouces environ au-dessus de la branche horizontale du pubis et au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen ; c'est là, en effet, le point qui a heurté contre la branche de la brouette. Les douleurs abdominales, qui ne sont pas assez intenses pour rendre insupportable le poids des couvertures, font néanmoins pousser au malade des cris et des plaintes d'une manière presque incessante. Point de plaie, point d'ecchymose sur la peau de l'abdomen.

Les vomissements de la veille continuent, mais ils ont perdu de leur fréquence. Nous avons sous les yeux un vase de nuit rempli par les substances vomies dans le courant de la nuit ; elles consistent en un liquide séreux, jaunâtre, trouble, à la surface duquel flottent des matières fécales solides, mais molles et mal liées. Il n'y a pas de hoquet. La langue est pâle, humide, large ; la soif est assez vive. Depuis l'accident, le malade n'a pas eu de selles ; il n'a pas non plus uriné. La respiration est accélérée. Le pouls est petit, dépressible, très fréquent et irrégulier. La face est pâle, altérée, couverte d'une sueur froide.

M. Baudens, d'après ces symptômes, diagnostique une péritonite suraiguë avec perforation intestinale ; il ajoute que cette solution de continuité doit exister derrière le point de la paroi abdominale, contre lequel a heurté l'extrémité de la brouette. Il se demande si, dans le cas de ce genre, il ne serait pas permis de tenter une opération. Néanmoins, malgré une indication aussi positive, le professeur du Val-de-Grâce, après beaucoup d'hésitation, s'est trouvé arrêté par la crainte de passer pour trop hardi et il a renoncé à l'opération, pour suivre les vieux errements, et il prescrit : diète, boissons glacées, application de glace sur le ventre, 30 sangsues sur le côté gauche de l'hypogastre. En outre, l'on renouvellera l'application des sangsues plusieurs fois dans la journée, et au nombre de 15 chaque fois, afin d'avoir un écoulement de sang continu.

Ces moyens ont été employés sans succès ; les accidents, au lieu de se calmer, ont été en augmentant, et le blessé a succombé à huit heures du soir.

AUTOPSIE faite le 27 au matin. Un épanchement sanguin bien circonscrit, d'environ 3 centimètres de diamètre, se fait remarquer dans l'épaisseur des parois abdominales, au niveau du bord externe du muscle droit du côté gauche, à 6 centimètres environ au-dessus de la branche horizontale du pubis correspondant. Le sang épanché forme un caillot noirâtre, assez consistant, et se trouve situé en partie entre la face postérieure du muscle droit et le péritoine, qui, en cet endroit, offre une injection assez prononcée. La cavité péritonéale, ouverte, laisse échapper en abondance un gaz fétide. Toutes les circonvolutions de l'intestin grêle sont réunies entre-elles par des pseudomembranes molles et jaunâtres, de sorte que l'intestin ne forme qu'un seul paquet. Le péritoine qui recouvre le tube intestinal est fortement enflammé dans toute son étendue ; partout il est d'un rouge très vif, parcouru par des vaisseaux gorgés de sang, et dans plusieurs points il est recouvert de fausses membranes jaunâtres, ressemblant assez à du pus concret étendu par couches. Quant à la consistance de la séreuse, elle ne paraît pas avoir subi d'altération notable. On n'a trouvé dans sa cavité aucune espèce d'épanchement. Après avoir détruit les faibles adhérences qui réunissaient les circonvolutions intestinales, l'on a découvert dans un point de l'intestin grêle appartenant à l'iléon, et situé au-dessus de la fosse iliaque gauche, une perforation très étendue comprenant presque tout le calibre de l'intestin. La muqueuse intestinale, boursoufflée, se déjette en dehors sur la face externe de l'intestin, tout autour de la perforation, et forme les bords de cette ouverture, par laquelle s'échappe une assez forte quantité de gaz. Tout près de la perforation, on trouve un petit débris d'aliment, qui paraît être un morceau de chou. Malgré plusieurs recherches, on n'est pas parvenu à découvrir d'autres substances alimentaires épanchées dans la cavité du péritoine. Autour de la perforation intestinale des adhérences commencent déjà à se former. Derrière l'intestin, la face externe ou antérieure du grand psoas offre une ecchymose d'une certaine étendue. Cet épanchement sanguin est manifestement l'effet du contre-coup.

12. — Observation de Duthiers (Lucaze)

(*Bull. Soc. anat.*, 1848, p. 826)

Perforation intestinale produite par un coup sur le ventre (pavé de grès).

L'individu n'a pas éprouvé de vives douleurs après l'accident. Cependant on a, par précaution, fait sur le ventre une application de ventouses. Le lendemain, refroidissement extrême, cyanose et toujours très peu de douleur, malgré une tympanite considérable; pas de matité au niveau de la région du foie. Mort le soir, c'est-à-dire trente-six heures après l'accident. On a trouvé une péritonite de la partie supérieure de l'intestin grêle, avec fausses membranes molles à sa surface et épanchement de sérosité sanguinolente dans le péritoine, sans trace de matière alimentaire dans cette cavité. La rupture existe au tiers supérieur environ de l'intestin grêle.

13. — Observation de Sédillot

(*Gazette médicale de Strasbourg*, 1848)

Un artilleur de service dans une écurie reçut à l'abdomen un choc assez violent, résultant du contact du manche d'une fourche poussée par un cheval qui ruait. Le blessé fut immédiatement apporté à l'hôpital; il avait le ventre météorisé, douloureux. Au déclin du jour, il eut des lipothymies et expira vers dix heures du soir. A l'autopsie, on trouva une rupture de l'intestin grêle avec épanchement considérable de matières alimentaires et quelques légères adhérences albumineuses, traces d'une péritonite déjà suppurée. Mais aucune trace du choc, ni au dedans ni au dehors de la paroi abdominale, pas même une ecchymose du tissu cellulaire.

14. — Observation de Sédillot

(*Gazette médicale de Strasbourg*, 1850, p. 340)

François Lauth, âgé de trente-trois ans, exerçant la profession de tonnelier, fut atteint, le 14 décembre 1849, au flanc droit, par le couvercle d'un tonneau dans lequel il avait enflammé de la poix pour l'en

enduire ; renversé par la violence du coup, le malade fut immédiatement transporté à la clinique, où une saignée lui fut pratiquée ; des sangsues furent placées en permanence (quatre à la fois) sur le flanc droit, où les douleurs étaient très vives, bien que les téguments fussent intacts. Le 15, les symptômes d'une péritonite intense se déclarèrent : pâleur de la face, petitesse du pouls, vomissements, sensibilité excessive et ballonnement du ventre, etc. Le blessé expira le 16, à deux heures du matin.

L'AUTOPSIE montra une large ecchymose avec infiltration sanguine sous-cutanée et inter-musculaire, depuis l'ombilic jusqu'au flanc droit ; les muscles n'avaient pas été rompus ; le péritoine était enflammé, çà et là recouvert de pseudo-membranes, et renfermait des matières intestinales. Le point le plus externe et le plus déclive du cul-de-sac du cœcum offrait une ouverture transversale d'un centimètre de diamètre et était baigné par les matières stercorales épanchées.

15. — Observation de Morineau

(Chauveau, thèse de Paris, 1869, p. 29).

Le 2 février 1852, vers quatre heures du soir, M. de Morineau fut appelé auprès d'un ouvrier qui avait reçu dans la nuit précédente un violent coup de pied dans le bas-ventre.

Faible, la face pâle, la respiration courte, anxieuse, le pouls dépressible et fréquent, il fut transporté à l'hôtel-Dieu de Poitiers, où il mourut le lendemain à huit heures du matin.

AUTOPSIE. — La peau du ventre et de la poitrine n'offrait aucune trace de violence ni de contusion.

La région inguinale droite était un peu tuméfiée ; en l'incisant, on fit sortir une sérosité sanieuse et sanguinolente, provenant d'un foyer situé dans l'abdomen ; il existait un sac de hernie inguinale de ce côté.

Les intestins, distendus par des gaz, avaient leur membrane péritonéale rosée, épaissie et injectée ; dans quelques points même, elle se déchirait et s'enlevait avec assez grande facilité.

L'épiploon, rouge et enflammé, offrait, dans le flanc droit, des adhé-

rences nombreuses, les unes récentes, les autres anciennes, avec les organes voisins et notamment avec le côlon ascendant.

En le renversant, on découvrit une sanie noirâtre, épaisse et abondante, la même qui remplissait le sac herniaire inguinal. On put alors reconnaître sur le côlon une large ouverture, presque circulaire, du diamètre 2 centimètres et demi, à bords réguliers et déchiquetés. Cette déchirure était récente ; elle présentait l'aspect d'une plaie faite par écrasement ou attrition. Le fond et tout le pourtour de la plaie intestinale se trouvaient souillés de sang, et, dans une étendue d'environ 8 à 9 centimètres carrés, le côlon était largement ecchymosé.

Dans son épaisseur, on distinguait du sang noir épanché, ainsi que de nombreux caillots de même couleur, tout à fait consistants, qui étaient interposés entre les membranes et l'intestin.

Le reste du tube digestif, non plus que les autres viscères, n'avait aucune lésion.

16. — Observation de Jaccoud

(*Bull. Soc. anat.*, 1859, p. 291)

Perforation traumatique de l'intestin grêle, produite par un coup de manche de balai sur le ventre.

Le malade, âgé de cinquante-deux ans, vint à pied de Tarnes à l'hôpital Beaujon, se plaignant de douleurs générales, mais sans ballonnement. Ce ne fut que le surlendemain que survinrent des selles noirâtres, des vomissements, du météorisme, la fréquence et la petitesse du pouls et tous les signes d'une péritonite généralisée ; mais on ne soupçonna pas la perforation. Le malade succomba le quatrième jour.

A l'AUTOPSIE, on trouva, outre les traces de la péritonite, quatre cuillerées environ de matières fécaloïdes, épanchées dans la cavité du petit bassin, et, vers la fin de l'intestin grêle, la perforation, au voisinage de laquelle existait encore un peu de sang. Tout le reste du tube digestif était parfaitement sain.

17. — Observation de Ed. Cruveilhier

(*Bull. Soc. anat.*, 1860, p. 54)

Rupture de l'intestin grêle par un coup de pied de cheval

Noyer (Eugène), âgé de vingt et un ans, palefrenier. Le malade entre à l'hôpital Beaujon, le 25 mai, à cinq heures du soir. Ventre très douloureux, mais peu ballonné; facies altéré; surface cutanée froide.

Le 26 au matin, même état du ventre; le malade a eu des vomissements; il en a toutes les fois qu'il boit; pas de hoquets; extrémités froides. La face n'est pas très altérée, mais le pouls est insensible aux radiales, à peine sensible aux humérales. Respiration fréquente. (Prescription: Cataplasmes; potion avec laudanum Sydenham, 50 gouttes; une cuillerée à café toutes les heures.) Le malade semble s'éteindre peu à peu sans souffrances, et meurt à six heures du soir.

AUTOPSIE. — Abdomen médiocrement distendu dans les parties déchirées; liquide sanguinolent, dans lequel nagent de nombreuses fausses membranes. Tout le paquet intestinal ne forme qu'une masse unie entre elle et l'épiploon par des adhérences assez fortes. La plupart des anses sont très vascularisées; le péritoine qui tapisse la face inférieure du diaphragme et le petit bassin participe à l'inflammation.

En déroulant l'intestin et sans couper le mésentère, perforation à la portion supérieure du jéjunum dans l'hypochondre gauche. La perforation est assez irrégulière et anguleuse; elle ne dépasse pas 0,02; elle est située aux environs du bord convexe de l'intestin; sa circonférence est irrégulière et comme un peu mâchée.

18. — Observation de Mouillé

(*Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1861, p. 48.)

Vieillot (Eugène), engagé volontaire au 9^e chasseurs à cheval, 6^e escadron, âgé de vingt-six ans, né à Paris, entre à l'hôpital de Niort le 28 février 1856, atteint de péritonite traumatique, à la suite de rupture de l'intestin, avec épanchement de matières stercorales, sans

lésions apparentes des parois de l'abdomen ; mort le 29 février 1856, dix-neuf heures environ après l'accident.

Le 28 février, à trois heures du soir, Vieillot, étant un peu en état d'ivresse, reçoit, en faisant le pansage, un coup de pied de cheval, à la région abdominale, vers la partie médiane, un peu au-dessous de l'ombilic. Il se plaint presque instantanément d'une douleur extraordinairement vive au point où le corps contondant a frappé, et qui gagne toutes les parties de l'abdomen avec une rapidité extrême, augmentant encore sous l'influence des mouvements et des légères pressions que l'on fait pour desserrer son pantalon, dont la ceinture le gêne d'autant plus que le ventre tend à prendre un grand développement ; il se plaint encore de frissons le long de la colonne vertébrale et de nausées.

Examiné quelques minutes après l'accident, on trouve : facies exprimant une vive souffrance ; décubitus sur le dos, les jambes dans la flexion et rapprochées du tronc ; langue presque froide et sèche, voix un peu voilée, pouls petit, misérable, excessivement fréquent ; extrémités froides et un peu cyanosées, peau couverte d'une sueur visqueuse, vomissements de matières verdâtres, suivis et précédés de hoquet ; respiration rapide et purement costale, surtout dans les inspirations ; ventre ballonné, tout mouvement et la moindre pression exaspérant la douleur, l'exploration est à peine permise ; pas de lésion apparente des parois abdominales, intelligence n'ayant subi aucune modification.

Transporté immédiatement à l'hôpital, on prescrit : diète absolue, limonade gazeuse, mais en très minime quantité ; application de 40 sangsues disséminées, fomentations émollientes laudanisées après la chute des sangsues, un quart de lavement émollient laudanisé, 3 gouttes de teinture d'opium toutes les heures dans une cuillerée de liquide ; sinapisme, immobilité la plus complète possible.

Dans la nuit du 28 au 29, il ne se manifeste aucune modification dans la douleur, mais les vomissements sont plus fréquents, la soif plus vive, pas de selles ; la région vésicale est le siège d'une douleur assez violente pour que le malade demande avec la plus grande insistance d'être sondé ; à six heures du matin, le cathétérisme pratiqué ne donne sortie qu'à quelques gouttes d'une urine épaisse et rougeâtre, et ne produit aucun soulagement.

A la visite de huit heures du matin, on constate : voix extrêmement faible, intelligence toujours très nette, pouls à peine sensible, senti-

ment de froid très grand, cyanose des extrémités, face hippocratique, amaigrissement extraordinaire, hoquet presque continu, respiration pénible et très rapide, vomissements incessants, constipation, soif impérieuse, douleur abdominale légèrement calmée.

Onze heures du matin, mort, dix-neuf heures environ après l'accident.

AUTOPSIE. — Vingt-quatre heures après le décès, l'abdomen étant ouvert avec le plus grand soin, on trouve aux flancs et dans le petit bassin une quantité considérable de matières fécales liquides mélangées à une sécrétion blanchâtre, purulente et contenant des flocons fibrineux. Le péritoine, dans toute son étendue, a un aspect rougeâtre, mais dans certains points il y a des plaques d'une nuance rouge plus vive, et dans d'autres se trouvent de fausses membranes jaunâtres se détachant très facilement.

En examinant l'intestin, on voit, au niveau de l'ombilic et à 2 centimètres vers le flanc droit, une anse de l'iléon qui présente, sur une longueur de 5 centimètres environ, deux ouvertures, l'une de 2 lignes à peu près, l'autre d'environ aussi 1 centimètre, et qui semble avoir été produite avec un emporte-pièce ; il n'y a pas eu d'hémorragie.

Tous les autres organes ne présentent rien de particulier ; la vessie est vide et sans trace d'inflammation ; les reins, la rate, le pancréas, le diaphragme ne présentent aucune lésion.

19. — Observation de Mouillé

(*Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1861, p. 49.)

Puthod (Jean), brigadier au 9^e régiment de chasseurs à cheval, 3^e escadron, âgé de quarante-six ans, né à Bourg, département de l'Ain ; vingt-quatre ans de services, dont seize en Algérie ; entré à l'hôpital civil de Niort le 4 novembre 1856, atteint de péritonite traumatique à la suite de rupture de l'intestin avec épanchement de matières, sans lésions apparentes des parois abdominales ; mort le 5 novembre 1856, vingt heures environ après l'accident.

La constitution de ce brigadier est usée par le service militaire, son séjour en Algérie et surtout par l'abus des boissons alcooliques.

Le 4 novembre, à la fin du pansage du soir, Puthod, étant un peu

ivre et voulant caresser un cheval, reçoit un coup de pied à l'abdomen, région iliaque droite. Immédiatement, aucune douleur ne se fait sentir ; il marche et continue son service ; ce n'est qu'après un laps de temps de quelques minutes qu'il éprouve une douleur légère, locale, puis assez vive, mais qu'il domine par la force de sa volonté ; enfin cette douleur augmente assez pour produire presque la syncope et le force de s'appuyer contre le mur de l'écurie : ce n'est qu'à ce moment que les cavaliers ont eu connaissance de l'accident ; effrayés du changement considérable qui s'est opéré si rapidement dans la physiologie du blessé, ils le transportent instantanément à l'infirmerie régimentaire, où l'on constate les symptômes suivants :

Yeux caves, cernés, anxiété dans les traits, teint jaunâtre ; on dirait qu'un amaigrissement instantané s'est produit ; oreilles froides, cyanosées ; voix voilée, un peu chevrotante ; langue sèche et chaude ; soif ; respiration gênée, rapide ; nausées ; décubitus sur le dos seul possible ; le malade fléchit instinctivement les jambes sur le tronc ; il se ramasse sur lui-même ; peau froide et couverte d'une sueur visqueuse ; frissons le long de la colonne vertébrale ; sentiment général de froid, surtout aux extrémités qui sont cyanosées ; ventre légèrement ballonné ; la palpation la plus légère exaspère la douleur et fait pousser des cris au malade ; la douleur occupe tous les points de l'abdomen ; pas de trace de lésion des parois abdominales ; pouls misérable, extrêmement fréquent ; intelligence intacte.

Envoyé de suite à l'hôpital, les vomissements se manifestent pendant le trajet ; le ballonnement du ventre a aussi augmenté. On prescrit :

Diète absolue, limonade gazeuse, mais en très minime quantité ; extrait d'opium, 2 gouttes toutes les demi-heures ; 30 sangsues disséminées ; fomentations émollientes laudanisées après la chute des sangsues ; un quart de lavement émollient opiacé ; l'immobilité la plus complète possible ; une boule d'eau chaude aux pieds.

5 novembre, à huit heures du matin. — La nuit a été très mauvaise ; la douleur est toujours très violente, le poids même du drap l'exaspère, le ballonnement du ventre a encore augmenté et donne un son mat à la percussion ; les vomissements de matières verdâtres sont incessants ; il n'y a pas de selles ; envies très grandes d'uriner, qui font demander le cathétérisme avec instance par le blessé ; l'opération pratiquée ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine rougeâtre et épaisse ; la peau est toujours froide, surtout aux extrémités ; la

physionomie indique la plus grande anxiété ; l'intelligence est parfaitement nette, le pouls est à peine sensible.

Diète absolue, potion de Rivière, immobilité, fomentations émollientes laudanisées, sinapismes aux extrémités.

Onze heures du matin, mort vingt heures après l'accident.

AUTOPSIE. — Vingt-quatre heures après le décès.

Les parois de l'abdomen ne présentent aucune lésion, aucune ecchymose ; on trouve dans la cavité du petit bassin, et principalement dans le flanc droit, une quantité d'environ un demi-litre de matières fécales liquides d'une couleur légèrement jaunâtre, mélangées à du pus parfaitement caractérisé et à une sécrétion blanchâtre tenant en suspension des flocons analogues à de l'albumine coagulée ; le péritoine, rouge dans presque toute son étendue, présente dans certains points des fausses membranes de couleur jaunâtre ; dans la fosse iliaque droite, la rougeur du péritoine est beaucoup plus marquée que dans les autres points ; à la partie inférieure de l'iléon, à 8 centimètres à peu près, trois perforations de l'intestin ; les trois tuniques complètement rompues. Parmi les trois perforations, celle du milieu est la plus considérable et du diamètre d'un centimètre ; les deux autres ne présentent qu'une ligne ou deux d'étendue.

Il n'y a eu rien d'anormal dans les autres viscères.

20. — Observation de Bédié

(Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, 1861, p. 54.)

Pézier, deuxième cavalier au 11^e régiment de dragons, reçut, le 29 novembre 1860, un coup de pied de cheval dans le flanc gauche. Arrivé peu de temps après l'accident auprès du blessé, nous ne remarquons aucune lésion à l'extérieur ; il n'existe qu'un peu de stupeur, un refroidissement général du corps et quelques envies de vomir.

Le malade, transporté immédiatement à l'hôpital, ne tarda pas à être pris d'une péritonite suraiguë, qui se termina par la mort au bout du quatrième jour, malgré un traitement antiphlogistique énergique. Des vomissements presque incoercibles de matières fécales ont été le seul symptôme dominant.

Le sujet n'ayant présenté aucun symptôme cérébral, la cavité encéphalique n'a pas été ouverte.

Cavité thoracique. — Adhérences assez fortes de la plèvre gauche en avant, poumons sains, non tuberculeux, gorgés de sang; pas de liquide dans les plèvres. Cœur assez volumineux; caillots fibrineux, abondants dans les deux cavités, pas de lésions des valvules, pas de liquide dans le péricarde.

Cavité abdominale. — Inflammation sanguine du tissu adipeux de la paroi abdominale antérieure, surtout en bas et à gauche. Les anses de l'intestin grêle ne forment qu'une seule masse, réunies par de fausses membranes épaisses, crémeuses, peu résistantes. Les intervalles sont remplis par un liquide trop peu abondant pour s'écouler après l'ouverture du ventre; sa quantité n'est pas supérieure à un litre. Au voisinage de la vessie ce liquide contient quelques morceaux de matière fécale durs, petits, nageant dans l'épanchement; çà et là quelques flocons de pus crémeux se rencontrent sur les intestins.

Le foie, le diaphragme et les poumons sont refoulés en haut par le développement du ventre. Le grand épiploon adhère à la paroi abdominale antérieure et aux intestins par des fausses membranes; il est beaucoup plus vasculaire que de coutume. Les intestins grêles sont très rouges, très vasculaires; toutes les tuniques sont ramollies. A la partie moyenne et gauche de l'abdomen, nous trouvons une perforation presque ronde, ayant environ le diamètre d'une pièce de 1 franc, à bords frangés; elle est située vers la partie moyenne du jéjunum-iléon.

L'anse intestinale dont elle fait partie est vide, ridée, affaissée, tandis que les anses supérieures et le gros intestin sont pleins de gaz. Une autre anse intestinale, située aussi à gauche, plus bas, au voisinage de la vessie, présente une perforation beaucoup plus large que la précédente (presque le diamètre d'une pièce de 5 francs), de forme ovale, plus irrégulière que l'autre. Cette perforation présente, en outre, un lambeau formé par toutes les tuniques, renversé dans l'intérieur de l'intestin. Au voisinage des deux perforations, l'injection des tuniques intestinales est plus vive et donne à l'organe une coloration d'un rouge sombre; les bords des ulcérations sont rouges, sans traces de gangrène. Le foie est petit, injecté; tous les autres organes sont sans lésions.

21. — Observation de Longuet

(Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1875, p. 799)

Le 25 novembre 1875, à quatre heures du soir, est entré dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, un homme âgé de quarante-quatre ans, boulanger, qui, deux heures auparavant, avait fait un faux pas, était tombé et avait reçu sur le ventre, pendant qu'il était à terre, un pain de sucre qu'un ouvrier, passant près de lui, portait sur son épaule. Le blessé avait pu se relever seul, mais, à peine debout, des douleurs abdominales éclatèrent avec tant de violence qu'on dut le porter à l'hôpital. Pendant le trajet et en arrivant dans la salle, il fut pris de vomissements. Les matières rendues furent d'abord exclusivement alimentaires, puis elles devinrent bilieuses, et, au bout de quelques instants, elles prirent une couleur gris-brunâtre, qui parut suspecte à l'interne de garde qu'on avait appelé pour donner les premiers soins. Sous l'influence de la glace administrée *intus et extra*, les vomissements cessèrent dans la soirée, et le malade put passer une assez bonne nuit.

Mais le lendemain, 26 novembre, ayant avalé un peu de lait chaud vers sept heures du matin, il fut immédiatement repris de vomissements qui, cette fois, étaient franchement bilieux.

A la visite, il était dans l'état suivant : le ventre est modérément ballonné, douloureux à la pression *dans toute son étendue*, très peu souple, partout sonore à la percussion, sans traces d'écchymoses à la peau ou d'ecchymoses sous-cutanées. Dans le canal inguinal droit, existe une petite tumeur oblongue, en partie dans le conduit, en partie dans le scrotum, ferme au toucher, peu douloureuse, irréductible; elle diminue légèrement de volume quand on la presse. Un doigt peut être introduit dans le canal inguinal, en refoulant la peau en entonnoir. Le malade dit qu'il a depuis fort longtemps une hernie inguinale complètement réductible, et habituellement maintenue par un bandage; mais que depuis quinze jours il a quitté son bandage et qu'il ne le portait pas au moment où il fit sa chute. Il n'y a pas d'anse intestinale herniée actuellement. Pas de selles depuis l'accident. Les urines sont rares, un peu rouges, mais non sanguinolentes.

Le visage est pâle, la peau froide, non cyanosée, le pouls bat 70,

a température axillaire est à 36°,4. Les gros viscères de l'abdomen, soigneusement explorés, foie, rate, reins, ne semblent point intéressés.

A première vue, le diagnostic ne paraissait pas difficile à établir, et pourtant une question considérable se posait : la hernie entraînait-elle pour une part quelconque dans les accidents observés? Comme le fit très bien remarquer M. Verneuil, dans sa leçon clinique qui porta sur ce malade, cette question avait une grande importance à être résolue à cause du traitement qui devait être absolument différent, si l'on avait affaire à une péritonite traumatique simple, ou à des accidents d'étranglement herniaire. Dans le premier cas, l'intervention chirurgicale pouvait être à peu près nulle ; dans le second, elle devenait d'une nécessité et d'une urgence absolues. De la vacuité du sac herniaire trouvée à droite, au diamètre notable du canal et de l'anneau inguinal, de la rapidité et de l'intensité des accidents, de la nature même des vomissements, qui n'étaient pas fécaloïdes malgré leur apparence suspecte, de l'extension de la douleur péritonéale à tout le ventre et de la nature du traumatisme, M. Verneuil conclut à une péritonite traumatique simple, mais intense, accompagnée *peut-être* d'une déchirure d'un des gros viscères et plus particulièrement du foie ou de la rate. En conséquence, le traitement fut institué ainsi : vaste onction sur tout l'abdomen avec l'onguent napolitain belladonné, calomel à doses fractionnées, opium après la selle qui sera obtenue, glace à l'intérieur, diète. Le soir, T. A., 36°8.

Le lendemain, 27 novembre, une très légère amélioration de l'état général était constatée, quoique le calomel n'eût pas produit d'effet. Le malade souffrait moins, il avait un peu dormi ; mais les vomissements persistaient, les traits semblaient plus tirés que la veille ; température axillaire, 37° ; il y avait de la fièvre. Les urines étaient rouges. On ordonna la continuation du traitement, auquel on ajouta un lavement purgatif. T. A., 37°2.

Le 28 novembre, tout allait mal : les vomissements continuaient et les matières rendues avaient une couleur brune, sans odeur fécaloïde ; la peau était ictérique, le facies très altéré. La région hépatique était très douloureuse à la pression. Dans la nuit précédente, il y avait eu une évacuation alvine de quelques matières dures et noires. Le malade mourut dans la soirée.

AUTOPSIE pratiquée le 30 novembre. — Poumons sains, un peu de

congestion pulmonaire en arrière, dans les parties inférieures et déclives. Cœur sain. Rate petite, un peu contractée, sans déchirure. Foie non déchiré, sain, d'une couleur vert-noirâtre sur toute sa surface et dans une épaisseur de 0^m,003. Les deux faces supérieure et inférieure de son lobe droit sont recouvertes d'une couche de matières fécales grises, et séparées du diaphragme par une collection gazeuse qui s'est échappée bruyamment quand la paroi abdominale a été ouverte.

Tout le flanc droit est rempli d'une grande quantité de matières fécales grises, mêlées à des flocons purulents. Les anses intestinales sont agglutinées entre elles par des fausses membranes couenneuses, très épaisses, jaunes: en différents points, on trouve quelques collections franchement purulentes. L'intestin, le péritoine viscéral et pariétal, présentent toutes les lésions qui caractérisent une inflammation très intense: arborisation, épaississement par place, dépoli de la séreuse, flocons fibrineux, etc. Le sac herniaire est déshalté, ses parois sont très épaisses; elles forment seules la tumeur inguinale étudiée, pendant la vie du malade, au moment de son entrée. Au niveau de l'angle sacro-vertébral, le mésentère porte une très légère suffusion sanguine sous-péritonéale, qui peut passer pour une petite ecchymose. La paroi abdominale, à ce niveau, ne porte aucune trace de traumatisme, pas plus là, du reste, qu'ailleurs.

En dévidant soigneusement l'intestin pour chercher la perforation qui a donné issue aux matières fécales, il est très facile de voir qu'une portion du canal intestinal, longue d'environ 0^m,18, est plus rouge, plus vascularisée et aussi plus amincie par un double resserrement bien marqué, à chaque extrémité. Le mésentère, qui adhère en ce point, est congestionné. Cette anse est située dans le flanc droit un peu en dedans du cœcum, très près du canal inguinal. C'est évidemment un des points de l'intestin qui a dû faire le plus souvent hernie dans le canal inguinal. Cela présente une certaine importance, car c'est précisément au milieu de cette portion altérée de l'intestin que siège la perforation. L'ouverture a le diamètre d'une pièce de 50 centimes; elle est régulièrement arrondie, et comme faite à l'emporte-pièce. Les bords sont un peu enflammés.

22. — Observation de Leduc

(Rapportée dans la thèse de Inchauspé. Paris, 1877, p. 49)

Le nommé P... Remy, âgé de quarante-deux ans, palefrenier, est apporté à l'hôpital Beaujon, le 6 octobre 1877.

Il est couché au lit n° 46 du deuxième pavillon.

Il venait de recevoir un coup de pied de cheval sur les côtes inférieures droites.

Le coup avait été suivi d'une syncope qui dura une demi-heure environ.

En revenant à lui, il se plaint d'une vive douleur dans toute la partie droite de l'abdomen.

Il est dans l'état suivant :

Les extrémités sont froides, le pouls petit. On reconnaît la trace du fer sur l'hypocondre droit. Cette trace empiète un peu sur le creux épigastrique et sa concavité est tournée en haut.

La plus légère pression sur cette région détermine une douleur vive.

La percussion pratiquée légèrement ne démontre pas de changement de volume du foie.

Les muscles larges de l'abdomen sont fortement contractés, le ventre est excavé.

Le moindre attouchement de la peau du ventre est suivi d'un redoublement de la contraction de ces muscles.

Le scrotum est rétracté ; il offre à peine le volume d'une noix. Les testicules sont fortement appliqués à l'anneau inguinal externe.

Une heure environ après l'accident, le pouls se relève un peu, les extrémités sont un peu moins froides, la douleur paraît avec ses premiers caractères.

Le cathétérisme donne issue à une urine très pâle. Elle réagit comme l'urine normale vis à vis de réactifs ordinaires.

Une pilule d'opium. Cataplasme laudanisé sur le ventre.

7 octobre. — Dans la nuit, vomissements bilieux.

Douleur abdominale, toujours plus forte à droite.

Le ventre n'est plus rétracté comme hier au soir.

Les bourses ont repris leur aspect normal et les testicules occupent leur situation normale.

Pas de selles.

Il n'y a pas eu de miction depuis hier au soir. Le cathétérisme donne issue à des urines couleur acajou. Elles sont chargées de phosphates.

Facies grippé, exprimant la souffrance, pouls petit, serré.

Huile de ricin, 20 grammes.

Cataplasmes laudanisés.

Potion de Todd.

Le soir, même état. Les vomissements ont continué dans la journée.

L'huile de ricin n'ayant pas déterminé de garde-robe, on donne un lavement huileux qui est rejeté presque pur.

Dans la nuit, évacuation abondante de selles diarrhéiques jaunâtres.

8 octobre. — Vomissements la nuit et le matin.

Le facies est plus grippé, les yeux sont excavés.

Le ventre est ballonné, très douloureux.

Calomel. Large vésicatoire sur le ventre.

Le soir, l'état du malade n'est pas sensiblement modifié.

Le vomissement a continué avec ses caractères de la veille.

Déjection diarrhéique : Matières jaunâtres en abondance.

Le malade meurt à onze heures du soir, avec toute sa connaissance.

Les urines rendues dans cette journée présentent les mêmes caractères physiques que celles du 7 ; elles contiennent beaucoup de bleu, un peu d'hémaphéine et une grande quantité d'albumine.

AUTOPSIE le 11. — *Abdomen*. — Matières fécales dans tout l'abdomen, péritonite généralisée, injection intense des anses intestinales, qui adhèrent entre elles en plusieurs points à l'aide de fausses membranes peu résistantes ; ces fausses membranes sont très nombreuses au-dessous du foie et dans la fosse iliaque droite, les matières fécales sont aussi très abondantes en ces points et au voisinage du cœcum. A trois travers de doigt environ au-dessous du foie, il y a un travail d'enkystement prononcé ; en examinant l'intestin grêle on trouve, à un mètre environ de la vulvule iléo-cœcale, une rupture nette, taillée à pic, allongée suivant la longueur de l'intestin. Cette rupture est située à trois ou quatre centimètres au-dessous du rein droit et de la gaine du psoas ; épanchement sanguin considérable remontant jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire et empiétant un peu du côté gauche.

Rien au foie. Adhérence ancienne de cet organe avec la paroi abdominale.

Congestion intense à la base des deux poumons.

Les autres viscères sont sains.

23. — Observation communiquée par Bonnaire

(Parsavant, th. de Paris, 1877, p. 62)

X..., âgé de quarante-deux ans, homme de peine, entré le 11 décembre 1876 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil.

Il accusait de vives douleurs au niveau de l'hypocondre droit. En même temps, il était oppressé et avait beaucoup de peine à respirer. Huit jours auparavant, il lui était arrivé un accident. Il était tombé, portant un lourd fardeau de peaux sur l'épaule, de telle façon que l'abdomen a été violemment heurté. Il a repris son travail, mais bientôt la douleur l'a forcé à l'interrompre, et il est venu à pied se présenter à la consultation.

Le diagnostic ne fut pas posé avec exactitude. On reconnut qu'il n'y avait pas fracture de côtes. On pensa à une contusion du foie et du diaphragme. La suffocation s'expliquait par un accès d'asthme, accès auquel le malade d'ailleurs était en butte. C'est ce dernier caractère qui attira surtout l'attention et on suivit le traitement usité en pareil cas : ventouses pour calmer la douleur, vomitif et belladone pour mitiger l'accès d'asthme. Le vomitif prescrit était l'ipéca, dose : 1 gramme ; survinrent les vomissements, puis le malade ressentit une douleur cuisante. Le facies devint livide et blême. Les sueurs et les vomissements incoercibles allèrent croissant. — La mort survint la nuit du 11 au 12. Le traitement a été nuisible au malade ; il a hâté la mort, mais il ne l'a pas causée.

AUTOPSIE. — On trouva dans l'abdomen des traces de péritonite purulente, dont les dégâts étaient considérables. Le pus s'étendait jusque dans le petit bassin. On soupçonna une perforation intestinale et on la découvrit à l'union du jéjunum et de l'iléon. — En outre, entre le diaphragme et le foie, se trouvait un foyer purulent dû à une périhépatite ancienne. L'accident avait en outre amené une périhépatite

nouvelle. Le foie présentait à son bord intérieur un kyste hydatique.

La perforation n'avait que deux à trois millimètres de diamètre. Elle était circulaire et placée au bord convexe d'une anse intestinale. Il est impossible d'admettre que cette rupture soit de date ancienne ni même consécutive immédiatement à la chute.

On ne peut, en effet, travailler plusieurs jours avec une semblable affection.

A la suite de sa contusion, il y a eu rupture capillaire de l'intestin. Quelques gaz échappés par ce pertuis ont amené une péritonite à marche rapide. Cette péritonite à son tour a réagi pour agrandir la perforation. C'est alors qu'est apparue la syncope, la pâleur, les vomissements. Lorsque le malade s'est présenté à la visite, il avait déjà sa péritonite.

Ce qui avait éloigné toute idée de péritonite, c'était le facies du malade, resté coloré, sans que les yeux soient caves, sans que le pouls ait présenté cette misérable fréquence de la péritonite. Le diagnostic a donc été méconnu, il est vrai; mais, quel qu'eût été le traitement, le pronostic était fâcheux.

24. — Observation de Schwartz

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1877, p. 94)

A... entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 26, le 17 février; il vient de recevoir deux coups de pied de cheval dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche. Symptômes d'une lésion abdominale grave. Péritonite suraiguë. On diagnostique : Rupture d'un des viscères abdominaux. Mort vingt-quatre heures après l'accident.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, des néo-membranes récentes unissent faiblement les anses intestinales au liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale; on y trouve répandu un certain nombre de lentilles.

Au niveau de la deuxième courbure de l'S l'iliaque, perforation du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, par laquelle sort une ma-

tière pulpeuse, demi-solide. L'S iliaque est rempli de la même masse qui est constituée en partie par des lentilles non digérées.

25. — Observation de Blé

(*Bull. Soc. anat.*, 1880, p. 381)

Fillon (Louis), trente-deux ans, maçon, entre le 16 mars 1880, service de M. B. Anger.

Cet homme vient de tomber, quelques instants auparavant, de l'échafaudage d'une maison en construction. La région dorsale a porté sur le pavé, tandis que les planches qui le suivaient dans sa chute ont comprimé sa paroi abdominale antérieure.

Examiné dès sa rentrée, le malade accuse une vive douleur au niveau de l'épigastre. Sa face est pâle, ses extrémités refroidies. Nulle trace de plaie sur l'abdomen, et seulement une ecchymose peu étendue au niveau de la région lombaire droite.

Le lendemain, lundi 17 mai, on constate, au matin, les signes d'une péritonite suraiguë : douleur, ballonnement du ventre, vomissements jaunâtres, ténésme vésical très pénible, fièvre intense et face hippocratique.

18. — Même état. Comme la veille, d'ailleurs, parmi les symptômes de la péritonite, deux particulièrement attirèrent notre attention. Toutes les fois que le malade prenait quelque boisson, la douleur devenait paroxystique, une véritable crise le torturait pendant quelques minutes. En second lieu, le malade n'a pas uriné une seule fois et la sonde n'a donné issue qu'à trois ou quatre gouttes d'urine. Traitement : Onguent merc. bell. et catap. émollients. Boissons glacées. Opium.

19. — Aggravation des signes de la péritonite. Le malade meurt dans la soirée.

AUTOPSIE faite vingt-quatre heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale s'échappe une quantité considérable de gaz fétides.

L'intestin est noyé au milieu d'un liquide purulent et de matières fécales épanchées dans la cavité péritonéale. En plusieurs points, il est enroulé de longs tuyaux membraneux. La paroi intestinale est ec-

chymosée au niveau du jéjunum, au voisinage de la perforation. En déroulant l'intestin, on reconnaît facilement, une perforation. Elle siège à l'origine du jéjunum, sur la convexité de l'intestin. Sa forme est ovale ; ses dimensions sont à peu près celles d'une pièce de cinquante centimes. Déjà la muqueuse revêt d'un bourrelet les bords de la perforation et empiète sur la tunique séreuse,

Nous n'avons pu trouver sur tout le trajet de l'intestin les traces d'altérations pathologiques antérieures.

26. — Observation de Beck

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1881, p. 19) (1)

Péritonite traumatique, consécutive à un coup de pied de cheval sur le ventre et à une rupture de l'intestin grêle.

Le dragon Gramer, en garnison à Karlsruhe, fut atteint, le 21 juillet 1880, au matin, d'un coup de pied de cheval sur le ventre ; il tomba sans connaissance ; mais il ne tarda pas à revenir à lui sous l'influence de gouttes de Hoffmann, qu'il rendit d'ailleurs bientôt par le vomissement. Il fut immédiatement transporté à l'hôpital.

A son entrée, on constate : face pâle, extrémités et bout du nez froids, pouls petit, qui ne tarde pourtant pas à se relever, prostration, gémissements plaintifs ; point de lésion extérieure, mais vif endolorissement du ventre. Respiration pas très régulière ; 28 mouvements respiratoires.

Prescription : Pilules de glace à l'intérieur, opium 0 gr. 03, d'abord chaque demi-heure, puis toutes les trois heures ; vessies de glace sur l'abdomen.

Soir. — Le malade est toujours couché sur le côté gauche ; il est toujours dans la prostration, ne prononçant pas une parole. Il se plaint de violentes douleurs abdominales. Il a vomi les trois premières doses de poudre d'opium ; il a gardé les suivantes. Pouls fort, irrégulier. Respiration modérément fréquente. Pas de fièvre.

22 juillet. — Le malade a reposé pendant la nuit ; les douleurs sont

(1) La traduction des quatre observations de Beck est due à l'obligeance de M. le Dr Alquier. Nous le remercions bien vivement.

moins vives ; il éprouve un soulagement général. Le sensorium est plus libre ; le pouls et la respiration ne présentent aucune altération. Ventre un peu tendu et tuméfié ; la veille il n'était pas encore tendu, et la percussion ne faisait constater rien d'anormal. Peu à peu se manifestent des vomissements à la suite de l'ingestion de la poudre d'opium et des matières alimentaires. Le soir, la prostration a augmenté. Temp., 38°4 ; pouls bon, mais fréquent (108 pulsations) ; 28 mouvements respiratoires. Extrémités fraîches. Ténésme vésical, rétention d'urine, qui nécessite le cathétérisme.

23. — Pendant la nuit, sommeil assez paisible (environ trois heures). Le malade se plaint cependant toujours de vives douleurs dans le ventre, lequel est assez fortement tendu et, au niveau de l'ombilic, plus résistant. Le matin, température, 37°4 ; pouls, 112 ; respiration, 27. Dans la nuit, la poudre d'opium a été vomie trois fois. Le soir, les douleurs sont modérées ; un seul vomissement non consécutif à l'ingestion d'aliments. Envie de boire du lait. Ténésme rectal. Abdomen un peu plus tuméfié ; on n'y constate pas de matité. Temp., 38° ; pouls, 108 ; respiration, 28.

24. — Pendant la nuit, insomnie à peu près complète ; le malade s'est tourné et retourné dans son lit, se couchant tantôt sur le côté droit, tantôt sur le gauche, plus rarement sur le dos. Temp., 37°2 ; pouls, 96 ; respiration, 26. Matité dans la région abdominale gauche ; le ventre est plus fortement tuméfié. Le soir, à neuf heures, vomissements avec exaspération de la douleur ; les vomissements se renouvellent à plusieurs reprises à partir de quatre heures du matin ; le liquide vomi a une couleur vert-jaunâtre. Langue couverte d'un enduit blanchâtre ; la pointe et les bords offrent une teinte rouge. Tête libre. Pouls encore assez fort. Sentiment de dépression très marqué. Le soir, température, 38° ; pouls, 108 ; respiration, 18.

25. — Dans la nuit, le malade a de nouveau vomi un liquide verdâtre, mêlé à du lait coagulé. Il a peu dormi. Le matin, céphalalgie, Applications froides sur la tête. Besoin fréquent d'uriner ; urine claire, d'un jaune assez intense. Nouveau vomissement d'un liquide jaune-verdâtre. Vers sept heures du matin, le malade se plaint de vives douleurs abdominales. Temp., 36°8 ; pouls, 92 ; respiration, 36. Le ventre est plus tendu et plus tuméfié, plus résistant, et la matité s'étend sur toute la région hypogastrique. Vives douleurs de décubitus au niveau de la région lombaire et des omoplates ; on les calme un peu au moyen d'un coussin à eau. Le pouls est plus petit ; la face

pâle, tirée; les yeux enfoncés; le nez effilé et froid. Les extrémités sont froides aussi. Durant le jour, le malade a peu vomi; une seule fois les matières rendues contenaient quelques caillots sanguins. L'état général empire continuellement; le pouls devient de plus en plus fréquent et faible: 120 pulsations. Les plaintes du malade deviennent plus rares; la respiration s'accélère. Les phénomènes de collapsus font des progrès. A midi: pouls, 132; temp., 37°8. On prescrit du champagne, que le malade prend avec plaisir. Vers le soir, la fréquence du pouls et de la respiration augmente; à peine si l'on peut compter les pulsations. Le collapsus continue à augmenter. Les extrémités sont froides. Toute plainte a cessé; après sept heures, les mouvements respiratoires se font par secousses; vers sept heures et demie, ils s'arrêtent définitivement.

AUTOPSIE, dix-neuf heures après la mort.

I. *Inspection générale.* — Rigidité cadavérique pas très prononcée. Ventre tuméfié, fortement tendu, sans lésion extérieure. Tissu cellulaire sous-cutané très peu développé. On ouvre les cavités thoracique et abdominale; la situation des organes thoraciques est normale.

II. *Viscères abdominaux.* — A l'ouverture de la cavité abdominale, on voit l'intestin, gonflé, faire effort pour sortir; au-dessous et à gauche de l'ombilic on trouve, dans le tissu cellulaire sous-cutané, un extravasat de la grandeur d'une pièce de deux francs. Dans la cavité abdominale, il existe une quantité modérée d'un liquide séro-sanguinolent, mêlé avec des flocons de fibrine. Tout le péritoine pariétal et viscéral présente çà et là des injections capillaires, quelques hémorragies capillaires et des dépôts fibrineux plus ou moins épais suivant les endroits. Au niveau des points où siège l'extrasat ci-dessus signalé dans le tissu cellulaire sous-cutané des parois abdominales, le grand épiploon est le siège de contusions et de sugillations très prononcées.

Sous l'influence d'une pression légère exercée sur l'intestin, on voit sourdre, dans la fosse iliaque et dans une anse de l'intestin grêle, située directement sur le côlon descendant, une matière stercorale pulpeuse et jaunâtre. Il existe donc ici une ouverture à l'intestin. On fixe avec soin cet endroit; on détache, après l'avoir sectionné, l'intestin au niveau du pylore et du rectum, on le mesure de haut en bas, et l'on trouve que le siège de la rupture est situé à une distance de 106 centimètres du pylore, et de 429 centimètres de l'anus. Cette ou-

verture, transversalement à l'intestin, a un diamètre de 1 centimètre $\frac{3}{4}$; longitudinalement à l'intestin, un diamètre de 1 centimètre $\frac{1}{2}$. Tout autour, la muqueuse est un peu détachée et flotte librement. Tout à côté existe une seconde petite déchirure, longue de 5 millimètres, et au milieu de laquelle la muqueuse forme encore un pont mince et étroit. Autour de ces déchirures on ne trouve, abstraction faite des masses stercorales extravasées, aucun dépôt particulier de masses exsudées ; il n'existe donc point d'agglutination. Les autres organes abdominaux sont intacts et à l'état normal.

Diagnostic anatomique. — Rupture de l'intestin jéjunum, péritonite séreuse, fibrineuse diffuse.

27. — Observation de Beck

(*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1881, p. 16)

Péritonite traumatique par coup de pied de cheval, par suite d'une rupture de l'intestin grêle.

Dans la nuit du 28 au 29 mai 1880, le dragon Frank, en garnison à Colmar, reçut un coup de pied de cheval dans la région abdominale ; il fut pris immédiatement d'une douleur violente et de vomissements répétés ; pas de perte de connaissance.

Admis à l'hôpital le 29 au matin, le malade présentait l'état suivant : Visage pâle, exprimant l'angoisse ; douleur vive dans la région abdominale, surtout intense au côté gauche de l'ombilic et un peu en bas. Soif ardente. Température : $38^{\circ}3$. Pouls plein, fort (116 pulsations à la minute). Prescription : Vessie de glace sur le ventre, fragments de glace à avaler, opium (0gr.03 par heure). Dans la journée du 29 mai, plusieurs vomissements de matières bilieuses ; rétention d'urine, qui oblige de sonder le malade ; le soir, le ventre était fortement tendu, douloureux, surtout au niveau du point indiqué ci-dessus, de sorte que le malade cherchait du soulagement en se couchant sur le côté droit.

Dans la nuit du 29 au 30, un peu de sommeil. Le matin du 30, langue fortement chargée ; soif vive ; température : $37^{\circ}8$; pouls plein (116 pulsations). Même prescription ; lait, vin de Porto.

Dans la journée du 30 et pendant la nuit suivante, le malade vomit

continuellement les liquides ingérés ainsi que la poudre d'opium ; renvois extrêmement désagréables ; la douleur abdominale augmente sans que le gonflement devienne très marqué ; miction libre. Le malade paraît très affaibli ; il est tourmenté par une soif très vive. Au matin du 31, la température est descendue à 37°5 ; le soir, elle est à 38°. Le matin, le pouls est assez fort (104 pulsations) ; le soir, il est petit (128 pulsations). Prescription : Injections sous-cutanées de morphine ; continuation des applications de glace ; pilules de glace ; lavement de lait et d'œufs.

Le 1^{er} juin au matin, après une nuit sans sommeil, la température s'est élevée à 39° ; 132 pulsations. Le malade est excessivement déprimé, les yeux entourés d'un cercle noir, la parole basse et à peine intelligible ; la connaissance est conservée ; les extrémités sont froides. Le malade est couché sur le dos depuis hier ; il vomit tout ce qu'il prend ; le côté gauche de l'abdomen est resté douloureux comme auparavant, le côté droit l'est devenu davantage, toute la région abdominale est mate à la percussion. Prescription : Bouteilles d'eau chaude aux extrémités, enveloppement dans des couvertures de laine, lavement avec vin et œufs, injections sous-cutanées de morphine sont continuées.

Sous l'influence de plusieurs injections d'éther, le pouls se relève, mais cet accroissement de l'activité cardiaque ne persiste pas. Les lavements sont gardés. Durant le jour encore quelques vomissements ; conservation de la connaissance jusqu'au soir ; à ce moment, idées délirantes ; la température monte à 39°9, alors qu'un peu auparavant elle était à 37°8. Pendant la nuit, à une heure et demie, la mort survient au milieu de phénomènes de paralysie cardiaque.

L'AUTOPSIE a été faite trente heures après la mort. Forte rigidité cadavérique.

Cavité crânienne. — Dure-mère assez épaisse, ses veines sont gorgées de sang ; dans les sinus longitudinaux, plusieurs caillots sanguins ; les vaisseaux de la pie-mère et de l'arachnoïde contiennent aussi une quantité de sang assez considérable ; la substance cérébrale présente, à la section, notamment dans l'hémisphère droit, un pointillé sanguin assez abondant.

Cavité abdominale. — Les muscles de l'abdomen ont une couleur foncée ; nulle part il n'existe aucun signe de contusion. Après avoir

ouvert a cavité abdominale, on voit les intestins agglutinés l'un à l'autre par un exsudat jaune, purulent, abondant; en beaucoup d'endroits, ils offrent, sur une grande étendue, une coloration rouge foncée. Le petit bassin et la partie inférieure de la cavité abdominale renferment environ un litre et demi d'un exsudat trouble, fétide; le grand épiploon, la rate, le foie, l'estomac sont aussi couverts de dépôts purulents. La rate n'offre rien de particulier; elle ne présente aucune trace de rupture. Les deux reins laissent écouler, à la section, du sang en abondance, ils sont d'ailleurs normaux. Il en est de même du foie. Estomac vide, à l'état normal. Vessie de même. Intestin : la séreuse, en divers endroits, est fortement rougie; dans le cœcum, accumulation de matières; à peu près au milieu de l'intestin, sur l'intestin grêle, à une distance de deux mètres et demi de l'estomac, on trouve, sur une anse intestinale située superficiellement, à côté et un peu au-dessous de l'ombilic, à un endroit correspondant exactement au point où existait, pendant la vie, la douleur la plus vive, une ouverture, une déchirure des parois intestinales, ayant un centimètre de long, à bords très nets et autour de laquelle, dans un rayon de deux centimètres environ, la muqueuse offre une teinte rouge de sang. Les bords et le pourtour de la rupture étaient couverts de dépôts jaunâtres assez solides; l'anse intestinale était soudée solidement aux anses voisines, ce qui en avait ménagé l'occlusion momentanée. L'examen de l'exsudat épanché dans la cavité abdominale ne permit d'y constater la présence d'aucune matière stercorale.

Cavité thoracique. — Dans le péricarde, un peu de liquide rougi; le cœur, d'un volume normal, contient très peu de sang; appareil valvulaire à l'état normal. Poumon gauche, au niveau du lobe inférieur, un peu adhérent, d'ailleurs normal; poumon droit offrant partout d'anciennes adhérences avec la paroi thoracique; hypostase cardiaque.

Diagnostic anatomique et clinique : Péritonite généralisée purulente traumatique par rupture de l'iléon.

28. — Observation de Beck

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1881, p. 11.)

Contusion de l'abdomen par un coup de pied de cheval ; rupture de l'intestin

Le 1^{er} juillet 1879, à huit heures du soir, le dragon Dörrer reçut un coup de pied de cheval qui l'atteignit à la région inférieure droite de l'abdomen. Il tomba, mais ne perdit point connaissance, et il pût, avec l'aide de ses camarades, se rendre à la chambre de la caserne et se mettre au lit. Le médecin, appelé à l'instant, ne constata l'existence d'aucune lésion extérieure. Abdomen modérément sensible à la pression, pouls bon. On admit donc une simple contusion du ventre et l'on prescrivit des applications froides.

Mais, dans la nuit, quelques heures déjà après l'accident, un changement très prononcé se manifesta dans l'état du malade. La sensibilité de l'abdomen augmenta considérablement, de vifs besoins d'uriner se produisirent ; il survint des nausées et des vomissements de liquides jaunes-verdâtres, aqueux et muqueux. Ces vomissements se répétaient toutes les dix à quinze minutes. Le médecin, à son arrivée, se trouva en présence du tableau de la péritonite ; la respiration était accélérée (trente-deux mouvements respiratoires), le pouls était fréquent (120 pulsations). Température, 38°6. On ne constata encore, en palpant et en percutant avec précaution, ni résistances anormales ni matité. Le foie n'arrive pas tout à fait jusqu'au bord libre des côtes.

Le malade fut aussitôt transporté à l'hôpital, où on lui pratiqua immédiatement, au niveau des parois de l'abdomen, une injection sous-cutanée de morphine ; on craignit que l'opium, administré à l'intérieur, ne fût rejeté par les vomissements. On lui fit prendre des pilules de glace, on lui plaça deux vessies pleines de glace sur le ventre ; 12 sangsues furent appliquées à la partie inférieure droite de l'abdomen, en même temps qu'on faisait des onctions avec de la pommade mercurielle à la face interne des cuisses. — L'urine fut alors évacuée spontanément ; elle était claire, jaune-rougeâtre, ne contenait ni sang ni albumine. Le malade pousse des gémissements, s'agite vivement dans son lit. Le teint est encore peu altéré.

Vers midi, l'état semble s'améliorer un peu ; le malade s'assoupit, les

vomissements devinrent plus rares. Trois heures après, les vomissements fréquents recommencèrent; l'abdomen se ballonna; la matité hépatique avait disparu; le diaphragme se trouvait à la hauteur de la troisième côte à droite, de la quatrième côte à gauche; le pouls devenait de plus en plus faible; la température s'abaissait. Malgré une injection sous-cutanée d'éther, l'activité cardiaque ne put se relever, et, vers les cinq heures du soir, vingt et une heures à peine après l'accident, le malade succombait.

L'AUTOPSIE fut faite seize heures après la mort. — Les parois abdominales n'offraient aucune lésion. Les vaisseaux du cerveau et des poumons étaient gorgés d'un sang fluide, rouge, sombre, ce qui était la conséquence des troubles circulatoires et du soulèvement du diaphragme. A l'ouverture de la cavité abdominale, on vit s'échapper en quantité considérable un gaz fétide, non combustible. L'incision ayant été achevée, il s'écoula sur le pubis un liquide séro-sanguinolent, d'un brun jaunâtre, pas trop odorant, chargé d'abondants flocons de fibrine; on put facilement recueillir un demi-litre de ce liquide, une quantité à peu près égale restant entre les intestins et dans la cavité du bassin. Situation des parties normale, sauf pour le foie, dont le bord inférieur se sent à 3 ou 4 centimètres au-dessus du bord libre des côtes. Une grande partie de l'intestin grêle est fortement distendue par les gaz. Le feuillet pariétal du péritoine est le siège d'une rougeur modérée, surtout marquée au niveau de la région inférieure droite, avec dépôt abondant de flocons fibrineux. Le grand épiploon présente aussi de la rougeur et n'adhère que faiblement à l'intestin sous-jacent. Les anses intestinales sont rouges, surtout celles du côté droit; elles sont agglutinées l'une à l'autre, et l'on trouve entre elles de nombreux grumeaux fibrineux jaunâtres. Ne pouvant découvrir le siège de la rupture, on enlève avec précaution tout l'intestin, et l'on trouve la lésion profondément située à droite au niveau d'une des anses de l'intestin grêle (iléon); elle consistait en une déchirure oblongue et étroite, dirigée dans le sens de la longueur du tube intestinal, de un centimètre et demi de long, à une distance de 75 centimètres de la vulvule de Bauhin. Les bords en étaient en partie lisses, en partie déchiquetés; vers le milieu se trouvait un petit caillot sanguin, situé, au niveau de la lumière d'un petit vaisseau déchiré. Il s'était produit une agglutination avec l'anse intestinale voisine. Par cette ouverture s'échappait le liquide pulpeux, gris-jaunâtre, de l'iléon. A la face

interne de l'intestin, il existait un petit épanchement capillaire, du volume d'une graine de chènevis, ainsi que de petites extravasations sanguines.

La vessie, contractée, contient environ 100 grammes d'une urine claire, d'un jaune foncé. Le foie ne contient beaucoup de sang qu'à la partie postérieure droite du lobe droit ; dans toutes les autres parties il est remarquablement exsangue ; sa consistance est ferme. Dans les veines caves inférieures, grande quantité d'un sang fluide, rouge noirâtre.

Dans le péricarde, une cuillerée à bouche d'un liquide clair, jaune foncé.

Cœur d'un volume normal. L'oreillette droite renferme en abondance un sang fluide, auquel est mêlée une petite quantité de caillots sanguins. Ventricule droit fortement rempli. Le moitié gauche du cœur ne contient qu'une quantité relativement petite d'un sang épais. Tout le sang est uniformément foncé.

Diagnostic anatomique : Péritonite séreuse et fibreuse par rupture de l'iléon ; hyperémie du cerveau et des poumons.

29. — Observation de Beck

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1881, p. 14)

Péritonite traumatique par coup de pied de cheval, consécutive à une rupture de l'intestin grêle.

Le 18 mars 1880, à trois heures de l'après-midi, le dragon Pfaff, en garnison à Rastadt, voulant jeter une couverture sur un cheval, en reçut un coup de pied qui l'atteignit dans la région abdominale. Aussitôt après, il fut pris d'un léger vertige ; mais il déclara que le cheval ne l'avait pas très fortement frappé, qu'il n'éprouvait pas des douleurs considérables. Il se mit au lit, sans faire appeler le médecin. Pendant la nuit, il fut pris de douleurs et de vomissements. Le lendemain matin, 19 mars, il se leva ; mais, la marche donnant lieu à des douleurs abdominales plus vives, il se déclara malade. Il marchait un peu courbé, mais sans avoir besoin d'un aide. Vomissements d'un liquide jaune clair. Absence de selles depuis l'accident. L'urine, rouge foncée, ne pouvait être expulsée qu'au milieu de douleurs violentes. Le mé-

decin de service, voyant que Pfaff avait mangé comme d'habitude, diagnostiqua une contusion des parois abdominales et décida que le malade devait être envoyé à l'hôpital. Il y fut admis à l'heure prescrite.

État actuel (19 mars 1880, vers six heures du soir) : Le malade est couché sur le dos ; le visage exprime la souffrance. Sensorium libre. Température de la peau : 37°. Respiration purement costale, accélérée (20 mouvements respiratoires à la minute). 72 pulsations ; radiale peu tendue. Dans les poumons et au cœur, rien de particulièrement anormal. Au niveau des parois abdominales, aucune trace de lésion ni d'ecchymose ; l'abdomen est souple, nullement résistant, mais il est douloureux, spontanément et à la percussion. Il est *sonore* à la percussion ; on ne constate de la *matité qu'à la région iliaque gauche*. La langue est humide, couverte d'un léger enduit blanc grisâtre. Le malade a une soif vive et n'a pas d'appétit. Il se plaint surtout de violentes douleurs aux deux hypocondres. Traitement : Poudre d'opium, d'heure en heure ; 20 sangsues sur la région abdominale ; vessie de glace sur le ventre ; fragments de glace à avaler. Le malade, qui avait d'abord joui d'un peu de calme, rendit ensuite par le vomissement environ un demi-litre d'un liquide vert foncé, homogène, et mourut vers neuf heures du soir, par paralysie cardiaque.

AUTOPSIE. — Nombreuses taches cadavériques sur la peau du tronc. De la bouche s'écoule un liquide noirâtre.

En ouvrant la cavité abdominale, on voit s'en échapper, en quantité modérée, un gaz fétide. Les intestins, couverts par l'épiploon, font effort pour sortir par l'ouverture. Dans la cavité du petit bassin on trouve environ 100 grammes d'un liquide trouble, mêlé à des flocons purulents.

Sur le péricarde on trouve, au niveau de la région du ventricule gauche, une adhérence avec le feuillet viscéral, adhérence dont l'étendue est à peu près celle d'une pièce de 1 franc. Tissu du cœur ferme ; dans les cavités cardiaques, quantités modérées de caillots sanguins ; appareil valvulaire intact. Dans la cavité pleurale gauche, un peu de liquide d'un rouge brun. Poumons à l'état normal. Il en est de même à droite.

L'épiploon est légèrement agglutiné avec les parties sous-jacentes ; il est recouvert en divers endroits d'un mince enduit jaune-verdâtre,

qui se laisse facilement détacher. Les parties de l'intestin grêle qui se présentent d'abord sont agglutinées ensemble par une couche fibrineuse purulente d'un millimètre d'épaisseur environ ; mais elles se laissent facilement séparer l'une de l'autre. En divers endroits la surface de l'intestin est le siège de taches rouges diffuses, qui apparaissent très nettement après l'ablation de l'enduit qui les recouvrait.

A l'extrémité supérieure du jéjunum on fait deux ligatures, entre lesquelles on pratique une section ; puis on détache avec précaution l'intestin grêle du mésentère. Pendant cette opération on voit, à l'endroit de l'intestin grêle, qui était légèrement soudé à la *flexura sigmoidea* et s'étendait en bas dans le petit bassin, le contenu pulpeux du tube intestinal s'écouler dans la cavité abdominale. Dans cet endroit on remarque de l'extérieur une ouverture étroite oblongue, d'une longueur de $\frac{3}{4}$ de centimètre environ, à bords irréguliers, et dirigée dans le sens longitudinal de l'intestin. Ce qui restait de l'intestin grêle (à peu près 1 mètre jusqu'à la valvule de Bauhin) fut ensuite détaché du mésentère, sectionné inférieurement ; une ligature fut pratiquée au-dessus de l'ouverture ; après quoi on injecta de l'eau sous une faible pression dans le tube intestinal ; cette eau s'écoula par la déchirure en un jet du volume d'un tuyau de plume.

Les bords de cette déchirure étaient couverts entièrement de masses fibrineuses assez épaisses ; quand on les eut enlevées, on vit ces bords tuméfiés et en partie livides. Vue de la face interne de l'intestin, la déchirure présentait la forme d'une fente d'un centimètre de long environ ; à bords rabattus en dehors, irrégulièrement festonnés, de telle façon que les parties saillantes d'un bord s'adaptaient aux parties échancrées correspondantes du bord opposé. La muqueuse autour de la déchirure présentait, dans l'étendue d'une pièce d'un franc, une teinte rouge sombre.

La rate et le rein ne présentent aucune altération. Le foie est couvert, sur la face supérieure, d'une couche purulente ; la surface de section présente un aspect normal.

Le péritoine est presque partout le siège d'une légère rougeur ; il présente en certains endroits une rougeur très intense avec dépôt fibrineux épais.

La vessie ne présente aucune altération essentielle, pas le moindre signe de lésion. Dans les parois abdominales et dans les muscles on ne trouve aucune infiltration hémorragique.

Diagnostic : Péritonite diffuse purulente traumatique par rupture de l'intestin iléon.

30. — Observation de Robert Jamin

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1881, p. 459)

Le nommé Robillard (Armand) est apporté, le dimanche 20 mars, vers cinq heures de l'après-midi, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Trélat, salle Saint-Pierre, n° 40.

Cet homme, âgé de quarante-six ans, camionneur, d'une constitution extrêmement robuste, vient d'être serré entre deux voitures ; il ne peut naturellement préciser les détails de l'accident ; toujours est-il que c'est au niveau de l'abdomen qu'ont surtout porté la pression et le choc. Le ventre est très distendu et très sonore dans sa totalité ; douleurs excessivement vives, spontanées et à la palpation. Pas de plaie, ni de trace de contusion violente ; quelques petites égratignures seulement à la partie droite de la paroi abdominale. Rien à la poitrine. Pouls assez régulier, mais très petit et très fréquent. T. A.: 37°6.

Le lendemain matin, 21 mars, le malade est pâle et couvert de sueur ; il répond à peine aux questions. Le ventre a encore augmenté de volume et de sonorité depuis la veille ; l'hyperesthésie est extrême dans toute son étendue. Pas de selles, pas d'hémorragie d'aucune sorte ; il y a eu dans la nuit quelques vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. La température atteint à peine 36°, le pouls est filiforme et bat au moins 130 pulsations à la minute.

Vers midi, le malade perd complètement connaissance ; à deux heures, le thermomètre ne monte pas à 35° ; mort vers trois heures.

AUTOPSIE. — Dans les cavités crânienne et thoracique, rien à signaler. La paroi abdominale, outre les quelques petites écorchures notées plus haut, présente au moment de l'autopsie (quarante heures après la mort, soixante-deux heures après l'accident) une très légère teinte ecchymotique de 5 à 6 centimètres de diamètre, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic.

Cette paroi est incisée sur la ligne médiane ; il s'échappe alors

bruyamment une quantité considérable de gaz fétides ; l'épiploon apparaît rougeâtre, sanglant, fortement contusionné ; il en est de même du mésentère. En certains points, celui-ci est même éraillé et comme écrasé.

La cavité péritonéale renferme à peu près un litre de sang noirâtre, tant liquide qu'en caillots. On recherche avec soin s'il ne se trouverait pas de matières fécales mêlées à ce sang ; il est impossible d'en découvrir aucune trace.

En dévidant l'intestin, on trouve dans le flanc droit une anse du jéjunum, peut-être un peu plus vascularisée que les autres, et, sur cette anse, à 75 centimètres environ du pylore, une perforation de 7 à 8 millimètres de diamètre. Plutôt allongée suivant l'axe de l'intestin que véritablement circulaire, cette perforation a des bords très nettement et très régulièrement tranchés, comme à l'emporte-pièce ; la muqueuse intestinale s'est infléchie de dedans en dehors, pour se renverser en forme de petit bourrelet circulaire sur la tunique péritonéale, qu'elle déborde très peu d'ailleurs. Le pourtour de cette rupture présente, dans une étendue d'un centimètre, une zone ecchymotique formant une sorte d'auréole rougeâtre.

L'intestin, examiné dans toute sa longueur, n'est le siège d'aucune autre rupture, non plus que les autres viscères abdominaux (foie, rate, reins, vessie, etc., etc.).

Les anses intestinales sont légèrement agglutinées par le sang épanché ; mais, sauf l'anse perforée, elles n'offrent pas d'injection très vive et le péritoine pariétal ne présente pas non plus de trace d'inflammation bien manifeste.

31. — Observation par E. Bouley

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1881, p. 291)

Le nommé J..., soixante-cinq ans, entre à la salle Saint-Christophe, hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Périer, le 6 avril 1881.

Le malade raconte qu'une roue de voiture lui a passé sur le ventre et accuse une douleur assez vive dans le côté gauche de l'abdomen. On ne découvre aucune lésion ni du squelette ni des parties molles

des téguments ; pas d'ecchymoses ; à peine une légère éraillure de la peau, un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. La pression du ventre, à ce niveau, est douloureuse. Petite plaie et ecchymose au-dessus de l'œil gauche.

L'état général du malade, à son entrée, c'est-à-dire immédiatement après l'accident, est très satisfaisant. On porte un pronostic bénin, tout en faisant cependant quelques réserves à cause de la contusion possible des organes profonds. En effet, le soir même de son entrée, c'est-à-dire quatre ou cinq heures après l'accident, se déclare une péritonite suraiguë, qui enlève le malade dans l'espace de deux jours. Décès le 8 avril.

AUTOPSIE. — On rencontre toutes les lésions de la péritonite purulente (pus, légères fausses membranes, rougeur et commencement d'adhérences des anses intestinales). Cette péritonite a été déterminée par une rupture de l'intestin grêle, siégeant environ à la partie moyenne.

Une portion d'anse intestinale, sur une longueur de 3 centimètres, a presque été complètement détachée. Elle est retenue par le mésentère, qui, déchiré lui-même dans une étendue d'un centimètre, lui forme pédoncule. Un lambeau de péritoine vésical, auquel adhèrent quelques fibres musculaires longitudinales, passe comme un pont de l'anse intestinale détachée à la portion d'intestin située au-dessus et sur laquelle il se trouve décollé dans une hauteur de 2 centimètres. Les deux sections de l'intestin sont circulaires, nettes, et semblent faites comme par un instrument tranchant. A peine existe-t-il une légère éraillure du péritoine, au niveau des bords de la solution de continuité, qui sont revenus sur eux-mêmes et sont légèrement recroquevillés.

Rougeur et infiltration sanguine très prononcées de l'intestin et du mésentère, au niveau des ruptures. Cependant on ne trouve pas de véritable épanchement sanguin. L'intestin est rempli d'une bouillie blanchâtre. Pas de lésion des autres organes.

32. — Observation de Druillet

(Th. de Paris, 1882, p. 68)

X..., charretier, âgé de trente-trois ans, est apporté à l'Hospice général de Meaux le 4 avril, à neuf heures du soir, dans la salle Saint-

Faron. Le malade raconte que la première roue d'un camion pesamment chargé lui a passé sur le ventre et qu'il n'a évité la roue de derrière que parce qu'il a eu la présence d'esprit de commander aux chevaux de s'arrêter. Bien que se sentant fortement atteint, il se relève, mais ne peut faire que quelques pas ; son compagnon, en l'entendant pousser des cris déchirants, s'empresse de le déposer dans le premier cabaret qu'il trouve sur la route, pour lui faire donner les premiers soins ; un médecin passe à ce moment et conseille qu'on l'amène à l'hôpital de Meaux ; notons en passant que le médecin avait cru que cet homme était ivre en le voyant se débattre, crier et répondre par monosyllabes à toutes les questions qu'il lui posait. Lorsque nous l'avons vu, deux heures après, il était dans le même état d'angoisse, et, nous l'avouons, la première question que nous lui adressâmes fut celle-ci : « Aviez-vous bu plus que de coutume ? » Le pauvre malheureux nous répond : « Mais non, monsieur, je vous assure que je n'ai pas bu plus que d'habitude. Pourquoi me demandez-vous cela ? l'autre médecin me l'a demandé aussi ; à quoi trouvez-vous que j'aie l'air d'un homme ivre ; c'est la douleur atroce que je ressens dans le ventre qui me fait vous parler comme je vous parle. » Peu convaincu, nous approchons le nez de ses narines et de sa bouche et nous ne sentons l'odeur ni d'alcool, ni de vin, ni d'absinthe et nous nous expliquons que ce soit la douleur vive qu'il éprouve qui lui donne les apparences extérieures de l'homme ivre.

Cela fait, nous l'examinons des pieds à la tête ; nous ne découvrons pas autre chose qu'une vaste ecchymose à la partie externe de la cuisse droite, un peu au-dessus du grand trochanter ; à part cette ecchymose aucune lésion ni du squelette, ni des parois abdominales ; on s'explique la production de l'ecchymose en apprenant que la roue de derrière a été pour ainsi dire calée par le corps de l'individu. La pression du ventre est très douloureuse au niveau des régions ombilicale et hypogastrique ; comme volume, le ventre ne présente rien d'anormal ; fréquentes envies d'uriner, quoique le malade ait pissé quelques instants avant l'accident ; pour nous assurer de l'état de la vessie, nous percutons la région sus-pubienne et nous constatons de la sonorité dans toute son étendue, et nous bornons là notre investigation de ce côté :

La face est terreuse, le pouls petit, assez fréquent ; la température axillaire est de 36°5.

Nous prescrivons : 10 centigrammes extrait thébaïque et des compresse trempées dans l'alcool pur sur le ventre, recouvertes d'une toile gommée. De la glace à l'intérieur pour tâcher d'arrêter ou de modérer les vomissements s'ils survenaient, des nausées seules existant encore.

A dix heures, nous nous retirons, laissant le malade dans un calme relatif.

Le lendemain, 5, à la visite, la situation s'est aggravée ; les vomissements de matières couleur terre pourrie ont commencé vers le milieu de la nuit ; le malade a uriné, mais peu. Nous ne voyons pas l'urine, mais l'infirmier nous dit qu'elle n'était pas rouge ; fourmillements dans les membres inférieurs, qui sont refroidis ; impossibilité de trouver une bonne place dans le lit. Ventre ballonné. Température : 37°,5, à neuf heures.

Prescription : Vingt sangsues sur le ventre, glace à l'intérieur. A deux heures, vingt autres sangsues, les premières n'ayant pas produit leur effet.

Mort à cinq heures, par conséquent vingt-deux heures après l'accident. Le malade a conservé l'intelligence jusqu'au dernier moment. Quelques instants avant de mourir, il parle avec calme à sa femme affolée de douleur et lui recommande de bien aimer ses enfants.

AUTOPSIE (le 6, au matin). — Le système musculaire est exceptionnellement développé chez cet individu, yeux enfoncés dans l'orbite, couleur des téguments semblable à ce qu'elle était avant la mort. Ventre ballonné. Une incision longitudinale est faite de la partie supérieure du sternum à la symphise du pubis, une autre transversale passant par l'ombilic et se terminant des deux côtés à la partie postérieure des flancs ; en un point de cette ligne, situé dans le flanc droit, le scalpel pénètre dans la cavité abdominale, d'où il sort en fusée un mélange de gaz et de liquide noir, lequel est projeté à un mètre de distance. Les quatre parties de la paroi abdominale étant relevées avec soin, nous apercevons le paquet intestinal libre à la partie supérieure et baignant à la partie inférieure dans une grande quantité d'un sang noir dans lequel nagent des flocons albumineux ; les intestins sont très rouges de même que le péritoine pariétal.

Nous prenons une éponge et nous obtenons deux litres et demi environ de liquide. L'intestin lié à ses extrémités et enlevé, nous faisons passer un filet d'eau et à un mètre environ du cœcum nous apercevons

l'eau qui s'écoule par une perforation de 3 centimètres environ de diamètre; la muqueuse ne présente rien d'anormal, sauf au pourtour de la rupture, où elle est fortement injectée et présente l'aspect d'un bourrelet; mais là où les lésions sont plus étendues, c'est dans le mésentère, qui est littéralement écrasé en deux points différents au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires; ces parties étant lavées à grande eau, nous apercevons l'ouverture béante des petites artères; nul doute que les veines de l'autre côté n'aient fourni leur partie du sang épanché.

La vessie contient 100 grammes d'urine.

Rien du côté des autres organes; hématome de la largeur de la main au niveau du grand trochanter du côté droit.

33. — Observation de Druillet

(Th. de Paris, 1882. p. 71)

X..., maréchal-ferrant, âgé de trente-cinq ans, reçoit deux coups de pied de cheval à une distance d'un mètre environ, au niveau de la région ombilicale.

L'accident arriva le 8 mai, à trois heures de l'après-midi; une heure après, le malade est transporté sur un brancard à l'hôpital, même salle, et est placé dans le lit qui fait face à celui dans lequel avait été couché le premier malade. Cette petite singularité nous rappelle immédiatement à l'esprit le souvenir de l'autre sujet; la similitude extérieure des deux cas était frappante: deux individus jeunes, vigoureux, atteints l'un et l'autre au ventre, poussant les mêmes cris, cherchant à tout moment une bonne position dans leur lit sans la trouver; même face grippée et pâle, douleurs atroces dans le ventre; extrémités froides, pouls 100, température axillaire 36°, pas la moindre trace de contusion extérieure; c'en était assez pour nous faire songer à la gravité du pronostic.

Nous n'avions pas été seul frappé par la ressemblance des deux cas; l'infirmier et la sœur hospitalière ne purent s'empêcher de nous faire penser à celui qui était couché en face quelques jours auparavant.

Cette fois les vomissements étaient survenus presque immédiatement après l'accident, puisqu'ils avaient apparu avant l'arrivée du malade à l'hôpital; ils étaient alimentaires; devant nous il vomit le

vin qu'on lui avait donné quelques instants auparavant; il urine en notre présence.

Prescription : 40 sangsues sur la surface de l'abdomen, de préférence au niveau de l'épigastre ; glace à l'intérieur.

À huit heures, pas d'amélioration ; les vomissements ont cessé, mais le ventre est distendu et résonne comme un tambour ; en appuyant les doigts sur la peau, on perçoit la crépitation particulière produite par les bulles d'air épanchées dans le tissu cellulaire, et cela dans toute la moitié inférieure du ventre ; les bourses sont également envahies par l'air ; le malade n'a pas rendu de gaz par en haut. Mort à quatre heures du matin, c'est-à-dire treize heures après l'accident. Comme chez notre premier malade, l'intelligence était restée intacte jusqu'au dernier moment.

AUTOPSIE le mercredi matin, 10 mai, à huit heures.

Le ventre et la poitrine sont considérablement tendus et emphysémateux ; les gaz ont pénétré jusque dans les bourses, la gaine des vaisseaux fémoraux, jusqu'à la pointe du triangle de Scarpa et la racine des membres supérieurs ; incision longitudinale du corps thyroïde au pubis, coupé par une incision transversale qui passe par l'ombilic ; les bords de l'incision s'écartent largement ; incision des bourses, qui sont énormes et s'affaissent à la sortie des gaz qui les distendaient. Nous pénétrons alors dans la cavité abdominale, d'où il s'échappe bruyamment une quantité considérable de gaz fétides ; le grand épiploon apparaît rougeâtre, sanglant et déchiré dans une étendue transversale de 8 centimètres au moins, au niveau du côlon transverse ; l'intestin grêle est enlevé de son extrémité inférieure jusqu'à 50 centimètres de l'estomac ; peu de liquide dans le péritoine (couleur sanieuse de ce liquide). Dans sa partie située immédiatement au-dessous de la déchirure de l'épiploon, le côlon transverse est largement ouvert en arrière ; au-dessous et un peu à droite, le duodénum dans sa deuxième portion est sectionné presque entièrement et les bords de la section sont assez réguliers ; infiltration d'un mélange de gaz et de liquide gris-noir du tissu cellulaire qui environne le rein droit.

Foie. — Le bord antérieur du lobe droit, dans la partie qui touche la vésicule, est contusionné sur une étendue de 3 à 4 centimètres.

La vessie contient un grand verre d'urine.

Le diaphragme, l'estomac, le pancréas, la rate et les reins n'offrent pas de lésions ; rien non plus du côté de la cavité thoracique.

34. — Observation de Dumez

(Th. de Paris, 1882, p. 53)

D... (Jean), âgé de vingt-huit ans, charretier. Cet homme, fort et vigoureux, reçut, dans la journée du 27 mars, un violent coup de pied de cheval. La percussion fut tellement intense que le malade perdit presque connaissance, et c'est dans cet état qu'on le transporta à l'hôpital sur un brancard. Il fut admis dans le service de M. Armand Duprès.

Le lendemain, 28 mars, à l'heure de la visite, nous trouvons le malade avec les traits déjà profondément changés.

Son facies est un peu pâle, subictérique, légèrement plaqué d'un rouge violacé sur les deux joues ; les yeux ternes et les orbites excavés.

La parole est difficile, brève et coûte au malade. Dès son entrée, il a été pris de vomissements alimentaires, d'abord glaireux et bilieux, pour prendre ensuite définitivement l'aspect porracé caractéristique.

La langue est un peu sèche, aussi le malade demande-t-il instamment à boire. Pas de selles ; il nous dit n'avoir pas rendu de gaz par en bas. Un peu de dyspnée, sans toux et sans crachats sanguins, ce qui s'explique par la douleur extrêmement intense qui immobilise presque les muscles abdominaux.

La peau du ventre ne présente pas la moindre petite ecchymose. Signalons un léger développement des veines cutanées. Par la palpation on provoque une douleur tellement vive, qu'elle arrache des cris au malade ; l'abdomen est endolori presque partout, et il nous est impossible de localiser un point qui présente le maximum de la douleur.

Il n'y a pas de trace de ballonnement. A la percussion, le ventre est sonore partout, sauf dans l'hypocondre droit, où l'on trouve une exagération de la matité hépatique, qui descend en bas, à un travers de main du rebord costal.

Du côté de la vessie, on constate une absence complète d'urine. Non seulement le malade n'a pas uriné depuis le moment de l'accident, mais même avec la sonde on ne retire aucune goutte de liquide. Il y avait une véritable anurie rénale.

Le pouls est petit, serré, peu fréquent. La température, prise le soir du jour de l'entrée, était à 36°8. Aujourd'hui, 28 mars, température du matin, 36°4.

En présence de ce tableau symptomatique, on pose le diagnostic rupture du foie, avec un épanchement de sang sous-hépatique, et probablement rupture de l'intestin.

Traitement. — Large vésicatoire sur le ventre, injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, glace à l'intérieur.

En dépit du traitement, on voit le malade continuer à s'affaiblir; le lendemain, l'émaciation est déjà marquée. Le facies est hippocratique.

Les vomissements porracés, l'anurie, l'abaissement de la température, continuèrent sans modification. La même absence de selles, la même absence de ballonnement du ventre que le premier jour de l'admission à l'hôpital.

Le 31 mars, jour de la mort du malade, il fut pris de délire doux, tranquille, avec une légère injection de la face, auquel succéda le coma, puis bientôt la mort.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les viscères adhérent entre eux par de très légères fausses membranes. Au-dessous du foie, limitée en haut par la face inférieure de celui-ci, en bas par les anses de l'intestin grêle, il y a une collection blanchâtre, entourée de toutes parts par un dépôt d'exsudat.

Sur la partie inférieure de l'iléon, à 1 mètre du cœcum, il y avait une perforation. Les bords de celle-ci sont légèrement collés l'un à l'autre, et des fausses membranes avaient établi une adhérence avec une anse voisine.

Dans l'intestin, quelques matières fécales.

Dans le foie, à la surface et à la coupe, quelques ecchymoses.

Absolument rien qui indique une lésion dans les reins; forte congestion des méninges encéphaliques.

35. — Observation de Dumez

(Thèse de Paris, 1882, p. 52)

X... (Louis), trente-huit ans, malade employé à la culture à l'asile de Blois, reçoit le 8 juillet, à six heures du soir, un coup de pied de

cheval dans la région épigastrique. Ce n'est que le soir, à dix heures, qu'il se plaint et est porté à l'infirmerie.

Le 9 juillet, à dix heures du matin, son état est des plus graves. Le visage est amaigri et terreux, les yeux excavés; la peau est froide et sèche, le pouls petit, filiforme, bat 140 pulsations; la sensibilité abdominale est extrêmement vive, et cependant elle occupe toute l'étendue de l'abdomen; la veille et toute la nuit, le malade avait vomi; mais, depuis le matin, les vomissements s'étaient arrêtés.

L'état de ce malade est extrêmement grave; la mort nous paraît prochaine; nous administrons une potion opiacée et quelques cuillerées de cognac, un cataplasme doit être appliqué sur le ventre, mais le malade ne peut le supporter. La nature du traumatisme, la rapidité des accidents péritonéaux et leur gravité nous font penser qu'il a dû y avoir rupture de l'intestin. Le malade succombe à trois heures et demie du soir.

AUTOPSIE. — L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, permet de constater les désordres suivants: la peau de l'abdomen et le tissu cellulaire sous-cutané ne présentent aucune trace de contusion; il y a un léger épanchement sanguin dans la couche sous-musculaire.

Le grand épiploon recouvre presque entièrement les anses intestinales; il est injecté et un peu épaissi; si on le relève, on voit les anses intestinales agglutinées entre elles par les produits exsudatifs; mais l'inflammation paraît avoir été plus vive dans l'hypochondre droit; l'épanchement liquide est d'environ un demi-litre; c'est un liquide rougeâtre, épais, paraissant un mélange d'un liquide inflammatoire et du liquide intestinal. L'intestin est alors déroulé avec soin et séparé du mésentère; un courant d'eau qu'on y lance s'échappe à 1^m,60 avant d'arriver au cœcum, par une perforation ayant la largeur d'une pièce de 1 franc. Il est impossible d'y méconnaître une perforation traumatique. Les bords sont recroquevillés, épaissis, et, dans une étendue de 0^m,50 environ, l'hyperémie de cette anse intestinale tranche nettement par sa vivacité sur celle des autres parties de l'intestin grêle. C'est là que la péritonite me paraît avoir débuté, c'est là aussi qu'elle a eu son maximum d'intensité.

On ne trouve aucune lésion des autres organes de la cavité abdominale.

36. — Observation de Haspel

(Publiée dans la *Gazette des hôpitaux*. — Citée par Dumez, thèse de Paris, 1882, p. 45.)

Dans une rixe, le nommé X... reçut dans le ventre un coup de pied à la suite duquel il fallut le transporter chez lui et le mettre au lit. Depuis lors, dit-il, il avait éprouvé de vives douleurs dans le ventre, il était survenu du gonflement et des vomissements. Ce jour-là, on lui donna des cordiaux de diverses espèces, parce qu'il se sentait faible ; il passa une très mauvaise nuit, en proie à des faiblesses, de l'anxiété, à beaucoup d'agitation. Le lendemain, comme son état empirait à vue d'œil, on se décida à réclamer le secours de M. Bellaire. A l'arrivée de ce médecin, le malade accusait une vive sensibilité dans l'abdomen qui était météorisé; *il n'y avait aucune trace de contusion ni d'ecchymose*. Jugeant le cas désespéré, il s'était borné à prescrire l'emploi de fomentations émollientes sur le ventre et une application de sangsues, qu'on n'eut pas le temps de faire, le malade étant mort quelques heures après.

A l'AUTOPSIE, la peau de tout le corps présente une teinte rouge marbrée. Des phlyctènes apparaissent sur plusieurs points, bien que la mort ne date que de vingt-deux heures. Aucune trace de contusion ou de blessure ; on reconnaît tous les signes d'une péritonite suraiguë. Le feuillet pariétal du péritoine ainsi que le feuillet viscéral sont rouges et fortement injectés ; une sérosité rougeâtre, au milieu de laquelle nagent des flocons albumineux, s'est épanchée à l'incision des parois abdominales. A la surface de l'intestin grêle se trouve, dans le flanc gauche, un ver lombric sorti d'une anse intestinale perforée, et à côté on reconnaît une perforation bien remarquable par sa forme, son étendue et sa situation sur la convexité d'une des circonvolutions intestinales. Cette perforation, capable d'admettre le bout du doigt, a livré passages au ver et à des liquides intestinaux. La muqueuse est boursoufflée et ramollie.

37. — Observation de Frédéric Gendron

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, p. 141, 1882)

X... entre le lundi 27 février 1882 à l'hôpital Beaujon, service de M. le D^r Léon Labbé, au n° 36 du deuxième pavillon.

C'est un homme de vingt-cinq ans, d'apparence vigoureuse, faisant le métier de palefrenier ; il n'était porteur d'aucune hernie. La veille, à six heures du soir, il a reçu dans le ventre deux coups de pied de cheval ; il tomba à terre et attribue à cette chute la douleur qu'il ressent actuellement dans l'épaule gauche. Une demi-heure après l'accident, survenaient des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, peu abondants à la fois, mais répétés pendant toute la nuit.

Ce matin, nous le voyons quelques instants après son entrée, le facies est déjà bien altéré ; les yeux sont excavés, les pommettes froides et d'un rouge violacé ; la peau des membranes présente un refroidissement bien sensible à la main ; la respiration est pénible, irrégulière, brève et fréquente, il y a 52 mouvements à la minute. Il ne vomit pas, mais accuse un état nauséux persistant. Les selles font défaut ; depuis l'accident, il y a eu trois mictions avec une urine normale. Le pouls radial est insaisissable ; la température axillaire n'atteint que 37°1.

Le ventre est ballonné, douloureux spontanément, surtout au niveau de l'hypogastre. La peau de l'abdomen ne présente aucune lésion apparente, ni plaie, ni ecchymose. Les pressions les plus légères sur le ventre avivent la douleur. A la palpation, on est frappé de la grande différence qu'on constate avec la main entre les températures du tégument, au niveau du ventre, où il y a élévation thermique, et au niveau de la racine des cuisses, où il y a abaissement ; cette différence est moins marquée entre la paroi abdominale et la paroi thoracique : la thermométrie locale donne 35°8 sur l'hypogastre et 35°5 dans le troisième espace intercostal gauche. Le traitement consiste en préparations opiacées à l'intérieur, application sur tout l'abdomen d'une couche de collodion élastique, injections sous-cutanées d'éther.

Le soir, le malade continue à garder toute sa connaissance ; mais, tourmenté par la douleur, il s'agite et se déplace dans son lit ; le ventre

est un peu plus ballonné, les vomissements ont repris; la température axillaire est à 36°9. Il meurt à onze heures du soir, vingt-neuf heures après l'accident.

AUTOPSIE. — Elle n'est faite que soixante heures après la mort, à cause des formalités judiciaires. J'examine avec soin la peau et la couche sous-cutanée de la paroi abdominale, et n'y trouve aucune lésion; pas d'infiltration sanguine; j'ouvre les veines des muscles droits qui ne présentent non plus aucune trace de lésion, les couches musculaires latérales sont également saines.

Lorsque le couteau pénètre dans la cavité péritonéale, il en sort une grande quantité de gaz, et, dès que l'ouverture est élargie, du sang commence à s'en écouler en grande abondance. Depuis la mort, il s'est échappé par la bouche beaucoup de liquide sanguinolent. La cavité péritonéale contient un épanchement sanguin considérable qui peut être évalué à deux litres environ; on trouve en outre sur le grand épiploon, au milieu des anses intestinales et dans l'excavation pelvienne, une quantité de caillots cruoriques. L'épiploon et les replis intestinaux sont déjà agglutinés par des exsudats; il y en a également sur le péritoine pariétal et jusque sur son feuillet diaphragmatique. En résumé, on observe tous les caractères anatomiques d'une péritonite généralisée à son début, et les produits inflammatoires sont ajoutés à un épanchement hémorragique énorme. On ne trouve aucune adhérence de péritonite ancienne.

En examinant l'intestin grêle en place et déplié à partir de son embouchure iléo-cœcale, on voit que toute sa surface est rouge et injectée, couverte de quelques pseudo-membranes, surtout dans sa dernière portion. Vers la portion moyenne de l'iléon, on trouve une perforation intestinale; à ce niveau, il s'est fait un peu d'épanchement de matières, mais qui est resté liquide au-dessus de la lame mésentérique. En soulevant cette lame, on découvre trois larges déchirures.

Pour étudier plus complètement ces lésions, le mésentère est détaché au niveau de son insertion pariétale et enlevé avec toute la partie attenante de l'intestin grêle. En l'étalant sur la table, on voit que les trois déchirures présentent une forme ovale, à grand diamètre, perpendiculaire au bord mésentérique de l'intestin. L'une des déchirures est assez rapprochée de l'attache iléo-cœcale; le segment intestinal compris entre elle et le cœcum a 15 ou 20 centimètres de

longueur ; elle offre les dimensions d'une pièce de 5 francs ; ses bords sont nettement coupés ; son extrémité dirigée vers le bord fixe du mésentère est traversée, à la manière d'une corde d'arc, par un cordon vasculaire dans lequel on trouve l'orifice béant d'une artériole assez volumineuse. La deuxième déchirure est séparée de la précédente par un pont de mésentère, large de 6 centimètres, elle a les dimensions d'une pièce de 1 franc et des bords également sectionnés à pic. La troisième est à 7 centimètres plus loin, ses bords sont un peu hachés. Sur les lames intermédiaires, on trouve plusieurs points violemment contus, mais non perforés. L'intestin est un peu contus par places ; sur plusieurs points le péritoine vésical est déchiré et la tunique musculaire est à nu. A environ 2 mètres au-dessus du cœcum, se trouve la perforation intestinale, de la largeur de 1 franc.

Le tube intestinal ne contenait de matières solides que dans la portion terminale du gros intestin. Ce dernier n'est pas blessé ; l'estomac, le foie, la vessie et les autres viscères sont intacts. Enfin, j'examine avec soin, le long de la colonne vertébrale, les gros vaisseaux qui y sont appliqués ; l'aorte ni la veine-cave ne présentaient de lésion.

Pour les organes thoraciques, rien de particulier : cœur normal ; poumon droit très sain ; plèvre gauche un peu adhérente à la paroi, et poumon congestionné, mais crépitant, en arrière et à la base (le malade se couchait toujours dans le décubitus latéral gauche).

38. — Observation de Gangolphe

(*Lyon médical*, 1883, p. 417)

Perr..., quarante-huit ans, mécanicien, entré le 2 avril 1883, salle Saint-Sacerdos, n° 31.

Pas d'antécédents pathologiques. Santé habituellement bonne. Il y a cinq ans, à la suite d'un violent effort, apparition d'une hernie inguino-scrotale gauche ; habituellement réductible, elle rentrait complètement dans le décubitus dorsal, et n'a jamais donné lieu à aucun accident. Sa grosseur ordinaire était celle d'un œuf d'oie. Le malade ne porte pas de bandage depuis deux ans environ. Il déclare, en outre, qu'il va chaque jour régulièrement à la selle.

Hier, 1^{er} avril, au moment où il revenait de la promenade, il se prit de querelle avec un individu qui lui lança un coup de pied ou un coup

de genou dans la région du bas-ventre. Immédiatement perte de connaissance, collapsus prononcé pendant une heure ou deux. Transporté chez lui, le malade n'aurait pas cessé de souffrir horriblement du ventre; dans la nuit, survinrent des vomissements muqueux; l'ingestion de tout aliment solide ou liquide était impossible. Le malade ne peut nous dire exactement dans quel point précis de l'abdomen a porté le choc; il déclare que sa hernie aurait augmenté de volume et serait devenue complètement irréductible aussitôt après le traumatisme; il lui semble également que la douleur était plus vive dans la région inguinale gauche que dans la région sus-ombilicale de l'abdomen.

Le malade n'a pas été du ventre depuis le 1^{er} avril au matin.

Le 2 au matin, le malade est apporté sur un brancard, et nous le trouvons dans l'état suivant :

Décubitus dorsal, cuisses légèrement fléchies sur le bassin; visage pâle, facies grippé. La respiration est difficile; douleurs extrêmement vives dans tout l'abdomen, plus marquées cependant au niveau du bas-ventre. Pas ou presque pas de ballonnement. Hernie inguinoscrotale gauche allongée, piriforme, du volume d'un gros œuf, de consistance dure, très douloureuse à la pression. Tuméfaction prononcée suivant le trajet du cordon. A la partie inférieure de la hernie, on distingue le testicule qui est lui-même douloureux. Pas d'ecchymoses sur les parois abdominales, ni au niveau de la hernie; toutefois, un peu de rougeur de la peau, sans œdème. Vomissements persistants. Pas d'évacuations gazeuses ou solides. Le malade n'aurait pas uriné depuis la veille; il déclare ne pas en éprouver le besoin.

Médication antiphlogistique : Sangsues, cataplasmes, potion opiacée. Boissons gazeuses à glace. Diète absolue d'aliments solides.

Le 2, soir. — Température rectale, 38°8. Douleurs abdominales à peu près aussi intenses. Un lavement simple aurait déterminé l'issue de quelques vents, deux heures environ après son administration.

3, matin. — Le malade a vomi sa potion opiacée; on lui fait alors une injection hypodermique de morphine; ces injections remplacent, par la suite, la potion opiacée. Douleurs toujours très vives au niveau du bas-ventre: dyspnée aussi marquée.

Soir. Pas de changement. Vomissements.

4. — Le ventre a un peu augmenté de volume, mais est surtout plus tendu; très sensible dans la région hypogastrique et les deux flancs.

Les vomissements sont devenus porracés, plus fécaloïdes, plutôt comme aspect que comme odeur. Le malade n'a pas eu d'évacuation solides ou gazeuses depuis son entrée (sauf quelques vents le premier jour, après lavement).

Urines rares. Mauvais facies. T. R., 38°1. Lucidité intellectuelle complète. Pas de refroidissement des extrémités.

En présence de ces signes persistants d'obstruction intestinale et malgré les conditions défavorables résultant de la péritonite diffuse, manifeste, M. Vincent, suppléant de M. Ollier, se décide à intervenir. L'opération a pour but de lever l'*étranglement probable*, causé par la péritonite herniaire. Ajoutons que l'on trouve une fluctuation assez nette sur un point de la hernie.

4.— A midi, anesthésie très légère à l'éther. Incision de 8 à 9 centimètres longitudinale, suivant le grand axe de la tumeur. On met à nu successivement plusieurs couches de tissu cellulo-graisseux avant d'arriver sur le sac qui est assez épais. En l'incisant, on donne issue à une très grande quantité de liquide séro-purulent très fétide (demi-verre environ).

On voit alors une masse épiploïque, non adhérente au sac, ne contenant pas de foyers purulents, paraissant seulement enflammée. Cet épiploon recouvrait une anse intestinale, modérément gonflée, contenant des gaz et quelques petites fèces, dures, mais petites et n'obstruant pas le calibre de l'intestin. Il n'y a pas d'altération bien prononcée de l'anse intestinale, seulement quelques adhérences molles, récentes, qui l'unissent en plusieurs points à l'épiploon. L'intestin adhère au niveau du collet du sac, mais il n'y a pas d'étranglement ni par l'anneau, ni par le collet du sac, ou par une bride épiploïque. L'absence d'étranglement est absolument nette. On laisse l'intestin en place après avoir fait la toilette du sac ; on le débarrasse de pseudo-membranes blanchâtres peu adhérentes ; larges lavages phéniqués ; drainage du sac. Excision, après ligatures sur catgut, de plusieurs fragments d'épiploon. Pansement de Lister.

Le soir, pas d'amélioration.

M. le professeur Ollier incise l'intestin laissé en place : on essaie de faire quelques lavages à l'eau tiède au moyen d'une sonde en caoutchouc rouge introduite dans ce que l'on présume être le bout supérieur. Ces lavages, faits avec beaucoup de prudence, n'amènent qu'une quantité à peu près insignifiante de matières fécales.

Persistence de tous les symptômes précédents. Aggravation notable.

6. — Le malade s'affaiblit de plus en plus. Pas d'évacuations gazeuses ou solides : cependant, hier et aujourd'hui, quelques gaz seraient sortis par l'anus contre nature. Larges onctions à l'onguent napolitain belladonné.

7. — Vomissements persistants. Douleurs abdominales. Affaiblissement.

8. — Mort à six heures du matin.

AUTOPSIE. — Le 10 avril, l'autopsie est pratiquée par M. le professeur Lacassagne : abdomen, pas de traces de contusions ; les tégu-ments sont encore barbouillés d'onguent mercuriel belladonné.

En rabattant de haut en bas la paroi abdominale antérieure, on voit sourdre du pus en plusieurs points, surtout vers la région sous-ombilicale. Les intestins ballonnés sont recouverts par le grand épiploon étalé à leur surface : ils sont enflammés et agglutinés entre eux. A 80 centimètres de la membrane iléo-cœcale existe une perforation de l'intestin grêle. Cette perforation de forme ovale a 8^{mm} de grand diamètre, 4^{mm} dans le petit, et siège au niveau de l'insertion du mésentère. Les bords sont jaune-grisâtre, autour d'eux existent plusieurs taches ecchymotiques ; il est évident que c'est là une lésion de date ancienne. A 12 ou 13 décimètres de la valvule iléo-cœcale, nous trouvons la portion herniée ; elle paraît formée par la dernière portion de l'S iliaque ; quelques adhérences anciennes au niveau du collet du sac.

Au scrotum, légère infiltration sanguine ; rien à noter du côté des autres organes, poumons, foie, rate, reins, estomac.

Les conclusions du rapport médico-légal de M. le professeur Lacassagne sont les suivantes : « Le nommé Perr... a succombé aux suites d'une péritonite consécutive à une perforation d'une anse de l'intestin grêle. Celle-ci a été produite par le coup de pied reçu par Perr... dans la soirée du 1^{er} avril. La hernie dont Perr... était atteint depuis quelques années siégeait sur le gros intestin et n'a pas été contuse par le même traumatisme.

39. — Observation de Tissier

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Bulletins de la Société anatomique de Paris, 1883, p. 247

Le nommé X..., coiffeur, est apporté le 4 mai dernier, vers dix heures du soir, à l'hôpital Saint-Antoine, et placé dans le service de M. le docteur Périer, au n° 44 de la salle Broca.

C'est un gargon fort vigoureux, qui, trois heures auparavant, vers sept heures, avant qu'il eût dîné, a été renversé sur la voie publique par une voiture dont la roue lui a passé sur le corps. Cette voiture était une sorte de tapissière, non très lourde, servant ordinairement à transporter des paquets, mais vide lors de l'accident. Quant à la roue, à ce que put rapporter le blessé, elle aurait passé sur le ventre, entre les côtes et le bassin.

Ce blessé, au moment de son arrivée, était dans un état peu rassurant. Il était secoué de frissons, avait les extrémités froides, la peau horripilée, le pouls très faible, mais non fréquent (quatre-vingt-quatre pulsations); l'intelligence était parfaitement conservée et l'anxiété très vive.

Sur le ventre, pas la moindre ecchymose ou éraillure de la peau pour indiquer le point où le traumatisme a porté; les vêtements, tout souillés de poussière, ne peuvent non plus fournir d'indices. Tout ce que l'on peut constater pour l'instant, c'est qu'il n'y a fracture ni des côtes ni du bassin. Le ventre n'est pas distendu; il n'y a pas rétention d'urine. La palpation abdominale modérée n'est pas douloureuse; mais, par instants, le patient se plaint de violentes coliques et se tord en proie aux souffrances les plus vives. Pas de vomissements; seulement quelques nausées. Nous avons su que le blessé était à jeun. — Traitement: Potion de Todd; boules d'eau chaude; immobilisation du ventre par la morphine et vessie de glace en permanence. Recommandation de garder les selles et les urines.

5 mai. — Le lendemain, au matin, même état aussi inquiétant. La température, prise dans l'aisselle, est de 36°4; le pouls presque insaisissable, tant il est faible, bat 145 pulsations par minute. Les extrémités sont froides et cyanosées. Du côté du ventre, on trouve, de plus que la veille, une matité absolue occupant l'hypogastre, remontant à

trois travers de doigt au-dessus du pubis, et se terminant à peu près horizontalement. Les urines, rendues en petite quantité, sont normales, et le cathétérisme ne donne issue qu'à deux ou trois gouttes de liquide. Pas de selle depuis l'arrivée. Rien dans le rectum, malgré les épreintes dont se plaint le blessé. Le ventre est un peu sensible et ne présente toujours aucune trace appréciable de violence. Même traitement. Mort à midi.

AUTOPSIE, le lundi 7 mai, quarante heures après la mort. — Sur la paroi abdominale antérieure, à droite, au niveau de l'ombilic, nous constatons une légère ecchymose, de fort peu d'étendue, qui n'apparaissait pas durant la vie. Dans la gaine des muscles, aucun épanchement de sang. A l'incision de la cavité péritonéale, il s'écoule une grande quantité, environ deux litres, de liquide sanguin sans caillot. Pas de trace de péritonite.

Les viscères qui s'offrent les premiers à l'examen sont intacts. Le foie, l'estomac, la rate, le grand épiploon, sont dans un état d'intégrité absolue. En relevant le tablier épiploïque, nous apercevons le côlon transverse, qui n'a pas été non plus atteint par le traumatisme. Mais, à la partie postérieure et inférieure du repli épiploïque qui rattache le côlon transverse à la paroi postérieure, dans le point qui répond à l'interstice séparant le côlon transverse de la grande courbure stomacale, se voit une suffusion sanguine, de la dimension d'une pièce de deux francs, sans régularité de contour, qui signifie que c'est à cette hauteur qu'ont dû se produire les lésions. En effet, en regardant en arrière, contre la colonne vertébrale du côté gauche, nous voyons que l'intestin est entièrement sectionné dans toute sa circonférence, avec deux à trois centimètres de mésentère, et cette section est aussi nette que si elle avait été faite avec des ciseaux. La muqueuse fait très légèrement hernie et montre les deux bouts coupés un peu boursofflés et plissés à l'extrémité. Pas de matière alimentaire ni de bile répandue autour de cette déchirure.

Cette portion de l'intestin ainsi déchirée est l'origine même du jéjunum ; la solution de continuité siège à 3 millimètres après la délimitation inférieure du duodénum, dans le point où l'intestin se dégage sous le méso-côlon transverse, dans une direction à peu près verticale. L'artère mésentérique supérieure n'est pas intéressée, au moins dans son tronc. Il n'en est pas tout à fait de même de l'aorte, qui, à ce niveau, c'est-à-dire en face de la troisième lombaire, à 4 millimè-

tres environ de sa bifurcation, est contusé et montre sa paroi antérieure déchirée dans sa couche externe et infiltrée de sang extravasé.

Tout l'espace rétro-péritonéal est infiltré de sérosité sanguinolente.

Les reins, la vessie, n'offrent rien de particulier. Dans l'intestin, ni caillot de sang, ni matière alimentaire. Les deux bouts opérés ne montrent pas la moindre apparence de réaction inflammatoire.

40. — Observation de Bouilly

(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1883, t. IX, p. 698)

Le nommé S..., âgé de vingt-neuf ans, reçoit, le 11 juin dernier, vers midi et demi, deux coups de pied de cheval sur le ventre, un peu au-dessous de l'ombilic. Immédiatement il est pris de douleurs vives, de vomissements, et apporté à l'hôpital Beaujon. A la visite du soir, il présente les signes d'une péritonite au début; la paroi abdominale n'offre aucune trace de contusion.

T. A. : 37°.

Injection hypodermique de deux seringues d'éther aussitôt après l'entrée. Cataplasme laudanisé sur le ventre; 2 pilules extrait thébaïque de 0,05; glace à l'intérieur.

12 matin. — Les symptômes de péritonite sont beaucoup plus accentués. Depuis le moment de son entrée, le malade a rendu d'une manière presque incessante. Vomissements bilieux, verts, foncés, absolument caractéristiques.

Il y a eu absence complète d'émission par l'anus.

Les urines sont claires, limpides et ont été rendues spontanément en assez grande quantité.

La face est pâle, grippée, abdominale; la voix est éteinte et cassée; le pouls est petit, fuyant.

T. A. : 37°8.

Me fondant sur des raisons que j'exposerai plus loin en détail, je diagnostiquai une rupture de l'intestin avec épanchement stercoral dans l'abdomen et péritonite suraiguë consécutive, et je pense que le seul moyen de salut pour cet homme est d'aller chercher et oblitérer la perforation intestinale.

L'opération est pratiquée à dix heures et demie du matin, après avoir obtenu l'autorisation du malade.

Incision de la paroi abdominale, au-dessous de l'ombilic, dans l'étendue de 10 à 12 centimètres. Une fois le péritoine ouvert, on voit sortir un liquide brun noirâtre, abondant, mélangé de parcelles fécales et en ayant l'odeur.

Une anse intestinale, rouge, vascularisée, qui se présente à la plaie, est attirée au dehors, et l'intestin grêle est ainsi examiné, en le rentrant dans l'abdomen au fur et à mesure de l'examen. Après avoir dévidé environ 1 mètre ou 1 m. 50 d'intestin, on tombe sur une anse très rouge, ecchymotique, très contusionnée, présentant un point de sphacèle près du mésentère, par lequel une légère incision fait sortir du gaz et des matières. Le mésentère au même point est épaissi, infiltré de sang rouge-noirâtre et présente un commencement de gangrène.

Mais ce n'est pas là encore la véritable lésion ; celle-ci siège à 5 ou 6 centimètres plus loin ; elle consiste en une véritable perte de substance, de la grandeur environ d'une pièce de 50 centimes, siégeant sur le bord convexe de l'intestin. Tout autour de cette perforation la paroi intestinale est noirâtre, ecchymotique, douée d'une vitalité très douteuse.

Toute cette portion d'intestin contusionnée est attirée à l'extérieur ; une pince à forcipressure est posée sur l'ulcération intestinale, et il est procédé de suite à l'ablation des parties malades.

Des éponges sont maintenues dans l'abdomen, de manière à protéger la cavité péritonéale contre toute effusion des matières par les bouts maintenus à l'extérieur.

Deux fils de soie phéniquée forte sont posés sur le mésentère et 10 centimètres d'intestin sont réséqués avec le coin mésentérique correspondant au-dessus des ligatures qui ont été posées sur celui-ci.

Le calibre des bouts intestinaux est momentanément fermé à l'aide des doigts d'un aide ; le bout supérieur donne une assez grande quantité de matières verdâtres qu'on laisse se vider sur une éponge.

Après un curage très soigné, à la solution phéniquée forte, des bouts sectionnés et de la muqueuse intestinale voisine, le calibre de l'intestin est rétabli au moyen de la suture circulaire, par le procédé de Lambert, à l'aide de 28 points faits avec de la soie phéniquée n° 0.

Toute la cavité du petit bassin est ensuite lavée avec des éponges montées, trempées dans la solution phéniquée forte, et après une toi-

lette soignée du péritoine, quand les éponges ne ramènent plus aucun liquide, l'anse intestinale, suturée, est rentrée dans le ventre, en ayant soin que les deux bouts suturés soient bien placés dans le prolongement l'un de l'autre, sans coude ni inflexion.

Un gros tube à drainage est plongé jusque dans le petit bassin, et la plaie de la paroi est réunie par des sutures en fil d'argent, profondes et superficielles.

Pansement de Lister très large.

L'opération a duré une heure et demie.

Potion avec extrait thébaïque, 0 gr. 15. Glace à l'intérieur; vin par cuillerée à bouche.

Le soir, le malade est bien remis de l'opération; il souffre très peu et n'a eu que quelques vomissements.

T. A. : 37°6. Le pouls est beaucoup plus fort qu'avant l'intervention. A neuf heures du soir, injection hypodermique de 0,02 de morphine.

13, matin. — Ensemble bon. Le malade dit qu'il souffre moins; le facies est bon; la voix plus forte. Il y a eu, cette nuit, un vomissement abondant de matières noirâtres. Mais les vomissements verts, répétés, de la péritonite, ont tout à fait disparu.

T. A. : 38°. Le pouls est plein et régulier, 96.

14, matin. — État général satisfaisant. T. A. : 38°1; pouls, 100. Cette nuit, vomissement abondant de matières noirâtres, sans odeur fécaloïde; hoquets assez fréquents; langue rouge et collante.

Le tube à drainage est enlevé; il n'a donné issue à aucun écoulement liquide et ne renferme absolument rien.

Toute la plaie paraît en excellent état.

Soir, T. A. : 38°5. — Après la visite du public, à trois heures et demie, le malade a accusé une très vive douleur abdominale, calmée par une injection de morphine.

15, matin. — Hier soir, à trois heures, troisième jour après l'opération, le malade a eu, par l'anus, une abondante débâcle intestinale; depuis ce moment, des matières fécales se sont répandues dans le pansement. Celui-ci est enlevé et l'on constate qu'il s'est établi, au milieu de la plaie, désunie en ce point, un anus artificiel par lequel les matières intestinales s'écoulent avec abondance.

L'état général est meilleur qu'hier, le malade se trouve très soulagé; il ne vomit plus que quelques mucosités.

Soir, 38°2.

T. A. : 37°8.

16. — T. A. : matin, 37°5 ; soir, 37°5.

17. — T. A. : matin, 37°2 ; soir, 37°4.

L'écoulement est abondant par l'ouverture anormale et détermine, sur la peau de l'abdomen, un érythème douloureux.

Le malade est nourri avec des œufs et du lait. Potion avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

18. — Matin, 36°6. Hoquets persistants depuis cette nuit.

Soir, 37°.

19. — 37°4. L'écoulement des matières intestinales est très abondant — 37°2 ; il détermine un érythème que l'on panse avec de la pommade à l'acide borique. Tous ces jours-ci, les pansements sont renouvelés trois à quatre fois par jour et faits avec de la gaze humide.

20. — Le malade se trouve bien ; il se nourrit avec des œufs (quatre à six par jour), du lait, et prend un litre de vin ; il n'est tourmenté que par ses excoriations.

T. A. : 37°2.

Les matières qui s'écoulent en grande abondance semblent venir de la partie supérieure et de la partie inférieure de la plaie abdominale ; avec du coton hydrophile je nettoie légèrement toute la région et j'enlève quelques points de suture qui restaient encore et sous lesquels s'infiltraient des matières fécales. En haut, on voit très nettement un anus artificiellement constitué par une large perte de substance de l'intestin à travers laquelle la muqueuse vient faire hernie ; en bas, on ne trouve pas d'orifice anormal.

Ce même jour, à une heure de l'après-midi, le malade est pris d'un frisson violent avec douleurs abdominales très intenses et ballonnement du ventre.

Le soir, la température est à 39° ; une grande quantité de matière fécale a coulé à l'extérieur.

21. — Le lendemain matin, le malade est à toute extrémité ; il est refroidi ; la respiration est embarrassée. Il y a eu dans la matinée une selle abondante par l'anus vicié.

Mort à onze heures, après la visite.

AUTOPSIE, 22 juin, vingt-quatre heures après la mort. (L'examen ne peut porter que sur la région opérée, le cadavre étant réclamé pour l'autopsie judiciaire). L'anus contre nature s'est produit où la suture de l'intestin a été faite ; cette suture a complètement cédé et il n'est

pas possible de retrouver les fils, qui ont sans doute été emportés avec la partie des bouts intestinaux nécrosés. L'orifice anormal est large, permettant l'introduction du petit doigt; il existe dans toute la moitié antérieure du calibre intestinal; la moitié postérieure n'est fermée que par l'adhérence des bouts intestinaux réséqués avec une anse intestinale voisine. Néanmoins, le rapprochement et l'agglutinement des deux bouts en ce point sont suffisants pour que le calibre intestinal ne soit pas interrompu, puisqu'il y a eu ces jours derniers possibilité d'une garde-robe par l'anus.

Il n'y a pas, en autre point, d'orifice anormal, comme on avait pu le supposer.

En écartant les lèvres de la plaie pariétale à sa partie inférieure, on voit que le petit bassin est le siège d'une péritonite purulente diffuse, toute récente. En ce point, les adhérences des anses intestinales avec la paroi sont molles et faibles, et il n'est pas douteux qu'il a pénétré par là des matières fécales liquides venant de l'anus contre nature et dont l'introduction a déterminé la péritonite suraiguë des dernières heures.

Dans la partie supérieure de la plaie, au-dessus et en arrière de l'anus contre nature, il n'y a pas trace de la péritonite purulente; les anses intestinales modérément distendues présentent entre elles de légères adhérences dues à une inflammation adhésive qui remonte sans doute aux premiers jours de l'accident.

Les autres viscères ne peuvent être examinés.

41. — Observation de Chavasse

(*Archives de médecine et pharmacie militaires*, 1884, p. 15)

Le nommé P..., âgé de vingt-deux ans, deuxième cavalier au 7^e régiment de cuirassiers, entre à l'hôpital le 5 décembre 1883 pour des accidents de péritonite très grave, consécutifs à une contusion abdominale par coup de pied de cheval.

Voici les renseignements communiqués par M. Bourgeois, médecin-major du régiment: « Cet homme, étant de garde d'écurie, a reçu la veille, vers trois heures du matin, un coup de pied de cheval dans l'abdomen, et ne s'est fait porter malade qu'au moment où a sonné le réveil. Il est venu seul à la visite, marchant le corps ployé en avant,

et raconte que par l'effet du choc il a été projeté à terre, mais n'a pas perdu connaissance. La face est pâle ; l'abdomen, tout à fait normal comme aspect et ne présentant aucune trace de contusion, est modérément douloureux à la palpation, principalement autour de l'ombilic ; pas d'envie de vomir ni d'aller à la garde-robe. La santé antérieure de ce cavalier a toujours été excellente. Il est admis à l'infirmerie, où on lui fait des applications de cataplasmes laudanisés sur le ventre, et, pendant toute la journée, il reste couché sans se plaindre, dormant de temps à autre. Dans la nuit survient un premier vomissement de matières glaireuses, sans traces de sang ; une selle peu abondante.

Le lendemain matin, à la visite, l'état de l'abdomen ne s'est aucunement modifié comme aspect extérieur ; mais la douleur à la palpation est plus vive, le pouls est précipité et petit ; le facies est pâle, terreux. En raison de cette aggravation, le malade est envoyé d'urgence à l'hôpital.

A son arrivée au Val-de-Grâce, on constate la pâleur terreuse du visage, qui présente le facies péritonéal ; le nez est tiré, les yeux sont excavés et cernés, les pupilles dilatées, les lèvres cyanosées, la langue est sèche, la peau froide, le pouls petit et rapide. Absence de vomissements et de selles. L'abdomen est contracté, douloureux surtout à la pression. Etat de collapsus profond avec intelligence conservée. La mort survient presque subitement deux heures après, c'est-à-dire trente-quatre heures après l'accident.

AUTOPSIE. — L'examen des parois abdominales ne révèle en aucun point des traces de contusion ; le tissu sous-cutané et les muscles sont intacts.

La cavité de l'abdomen renferme environ 2 litres d'une sérosité roussâtre, plus abondante dans la fosse iliaque droite, avec quelques rares matières stercorales en suspension. Péritonite généralisée : exsudats longeant la face convexe du foie et agglutinant les anses intestinales, qui sont peu distendues et présentent un aspect rosé.

Le côlon transverse apparaît contusionné à sa partie moyenne ; ses parois sont infiltrées de sang dans l'étendue de 5 centimètres environ, sans que les tuniques soient déchirées. En soulevant le côlon, on trouve, au-dessous, et au même point que la lésion précédente, une anse du jéjunum complètement coupée et dont les deux surfaces de section ne sont plus reliées entre elles que par le bord du mésentère.

La muqueuse intestinale fait sur chaque extrémité rupturée une hernie en manchette d'environ 1 centimètre et demi de hauteur. A cause du resserrement des fibres musculaires, on éprouve une certaine difficulté à introduire le doigt dans les bouts sectionnés. Cette rupture siège à 1 mètre du pylore.

Au-dessous de cette anse, on rencontre le duodénum, dont la paroi postérieure surtout est ecchymosée, infiltrée de sang et même quelque peu meurtrie. La muqueuse intestinale à ce niveau est légèrement déchirée sur trois points ; les autres tuniques sont intactes.

En se dirigeant vers la colonne vertébrale, on trouve en arrière et au-dessous de la partie lésée du duodénum, au niveau du trépied de Haller, une infiltration sanguine qui, partie de ce point, suit le pourtour de l'aorte et descend jusque dans le petit bassin ; elle est due à la déchirure de vaisseaux de médiocre importance. L'aorte et les vaisseaux qui en naissent au niveau du point frappé n'offrent aucune lésion ; seulement on découvre dans l'aorte un caillot mou, noirâtre long de 4 centimètres ; la veine-cave est normale.

Les parties du mésentère et du grand épiploon situées au-dessous des lésions décrites plus haut sont infiltrées de sang provenant de la déchirure de petites veines et artérioles mésentériques.

Le segment de l'intestin compris entre la rupture et l'estomac renferme du sang noir, couleur marc de café ; mélangé à de la bile ; il est distendu par des gaz. Au contraire, la portion inférieure, à partir de la rupture, est aplatie et ne contient que quelques matières, stercorales sans traces de sang.

Tous les autres organes abdominaux : reins, rate, foie, vessie, sont absolument sains.

42. — Observation de Edmond Owen

(*The Lancet*, 1885, t. II, p. 663. — Citée par M. Truc, thèse d'agrégation, 1886, p. 45.)

Le 2 juin, un charpentier, d'âge moyen, reçut un coup vers la région hypogastrique et ombilicale. A son entrée à l'hôpital, ventre tendu, tuméfié, immobile durant la respiration. Tympanisme, collapsus. On discuta l'intervention, mais l'état grave du malade la fit repousser. Le jour suivant, quoique dans le même état, le sujet fut opéré. Inci-

sion sur la ligne blanche. Intestins injectés et un peu agglutinés. Liquide noirâtre dans l'abdomen et quelques débris alimentaires. On trouve une déchirure d'un doigt sur l'iléon à deux pieds de l'extrémité inférieure. Suture. Toilette péritonéale. Mort arrivée six jours après.

43. — Observation de Mikulicz

(*Sem. méd.*, 1885, p. 247. — Truc, thèse d'agrégation, 1886, p. 45)

Homme quarante ans. Durant un mouvement brusque, il éprouve une douleur subite dans le ventre. Peu après, symptômes d'étranglement, puis de péritonite. Laparatomie soixante-douze heures après les premières manifestations morbides. On trouve dans l'abdomen un litre de pus et quelques morceaux de pommes de terre. La perforation siégeait sur l'iléon. Elle avait 6 centimètres de long sur 4 centimètres de large. Excision des bords de l'ouverture, douze points de suture intestinale, toilette péritonéale, fermeture de la plaie abdominale. Guérison.

44. — Observation de Chaput

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1892, p. 202)

Poublanc (Émile), âgé de seize ans, journalier, entre le 11 août 1888 à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 22.

Le 9 août, il a reçu, dans la région du flanc droit, un coup de jarret de cheval qui l'a envoyé rouler à quelques pas plus loin. Depuis cet accident, il a ressenti, au niveau des deux dernières côtes, du côté droit, et dans la région lombaire, une douleur intense s'exaspérant par la toux et le moindre mouvement. Quelques vomissements muqueux avant l'entrée.

A l'entrée. — Dans la région lombaire et au niveau des deux dernières côtes, la pression, même légère, provoque une douleur très vive.

Le ventre n'est pas ballonné, ni spécialement douloureux. On constate en arrière, du côté de la fosse lombaire, une légère tuméfaction, large et peu saillante, douloureuse à la pression. Quelques crachats sanglants.

Constipation absolue. Le traitement consiste en cataplasmes laudanisés et piqûres de morphine. Dans la nuit du 13 au 14, surviennent des douleurs intolérables qui font penser à une crise de coliques néphrétiques; le malade se tord de souffrance. Au matin, les douleurs ont cessé, la région rénale est encore sensible.

J'examine le malade le 14 août, et je constate les signes relatés plus haut; la tuméfaction et la douleur vive de la fosse lombaire, la crise de coliques néphrétiques, me font penser à une forte contusion, peut-être avec déchirure du rein. Je note en passant que les urines sont très abondantes (environ 1 litre) et nullement teintées de sang. Rien ne presse, aussi nous restons en observation.

Le même jour, un purgatif rétablit le cours des matières.

Du 14 au 21 août, la tuméfaction lombaire s'atténue, puis disparaît. En revanche, une tuméfaction de plus en plus nette apparaît dans la partie supérieure de la fosse iliaque. Les douleurs restent vives, elles siègent au niveau du rebord costal et au niveau de cette nouvelle tuméfaction. La température est élevée, elle oscille autour de 38°, 38°2 le soir.

Aussi, le 21 août, je pratique avec une seringue de Pravaz une ponction exploratrice dans la tumeur de la fosse iliaque devenue, très saillante et nettement fluctuante. Je retire du liquide rosé, sanguinolent, qui, au microscope, se montre chargé de globules de graisse et d'hématies altérées. Cette constatation, bien loin d'éclairer mon diagnostic, ne fait que m'embarrasser davantage.

Le 23, les signes locaux signalés plus haut sont encore accentués. La température est restée élevée, et je pratique dans la tumeur une nouvelle ponction qui retire du liquide rosé, un peu louche, contenant des leucocytes nombreux.

En présence de ce que je crois être un épanchement sanguin en voie de suppuration, je me décide à intervenir, sans savoir d'ailleurs où peut siéger exactement cet épanchement.

Sous le chloroforme, je constate que la tuméfaction est arrondie, très large, mesurant 12 à 15 centimètres de diamètre; elle s'étend en dedans, presque jusqu'à la colonne; en bas, jusqu'à l'épine iliaque; en haut, jusqu'aux fausses-côtes; en dehors, jusqu'à la crête iliaque.

Je pratique une longue incision verticale dans ses deux tiers supérieurs, situés au-dessus de l'épine, et, dans son tiers inférieur, parallèle à l'arcade crurale. L'incision, quoique faite couche par couche, attaque un peu trop vite le péritoine pariétal; j'avais, en effet, l'in-

tention de commencer d'abord par décoller le péritoine avant de faire toute autre manœuvre.

Quoi qu'il en soit, aussitôt le péritoine incisé, je vois saillir une tumeur globuleuse, énorme, dont la constatation m'empêche de suturer mon péritoine au catgut, comme je l'aurais fait si je n'avais rien rencontré d'anormal. J'ouvre donc largement l'abdomen et je tombe sur une tuméfaction globuleuse, du volume des deux poings, lisse, tendue, ne ressemblant qu'au péritoine pariétal soulevé par un épanchement. Je pense qu'il sera simple de fixer cette poche à la paroi et je l'incise largement en prenant les précautions nécessaires pour que rien ne s'écoule dans le péritoine. Il sort un liquide rosé et mélangé de petits fragments ressemblant à des matières fécales en suspension. Je constate encore que du fond de la poche s'élance un jet de liquide analogue au premier. — Très surpris, j'explore cette poche, que je trouve enflammée en tous sens... Je reste perplexe pendant un quart d'heure environ, durant lequel du liquide continue à s'écouler. Enfin, constatant en bas de ma poche l'insertion de l'appendice vermiforme, je comprends que la poche que j'avais ouverte n'était autre que le cœcum, énormément distendu, qui portait, sur sa paroi postérieure, une déchirure par où s'écoulait le liquide d'une collection située en arrière de lui. Je prends alors le parti de suturer la déchirure de la paroi postérieure du cœcum, longue de 1 à 2 centimètres, puis la paroi antérieure du cœcum, sur laquelle j'avais fait une incision de 8 à 10 centimètres.

Dans mes deux sutures, faites à la soie, j'adosse à elles-mêmes les surfaces extérieures du cœcum... Je suture enfin à la soie le péritoine pariétal, non sans avoir fait une toilette soignée du péritoine.

Tout n'était pas fini, il me restait à décoller le péritoine pariétal pour évacuer l'épanchement situé en arrière de lui. C'est ce que je fis avec les doigts; j'arrivai bientôt sur une vaste poche contenant environ une cuvette de liquide rosé et sanguinolent. C'est alors que j'eus l'idée d'y plonger une épingle montée et de la porter à mon nez; elle sentait l'urine... Mon diagnostic devenait clair, j'avais affaire à une rupture de l'urètre avec déchirure du côlon. L'urine s'était épanchée dans le cœcum et le côlon ascendant et les avait distendus; elle s'était également épanchée sous le péritoine de la région costo-iliaque. Je terminai cette intervention en plaçant deux gros drains dans la poche urinaire.

Les suites de cette intervention furent relativement simples; il s'é-

tablit dès le jour même par la plaie une fistule urinaire, inondant chaque jour le pansement. Le malade se plaignit pendant quelques jours de douleurs assez violentes dans la région des deux cuisses. Enfin, le 29 août, une fistule stercorale s'établissait, formée aux dépens de la paroi antérieure du cœcum.

Du 5 au 12 septembre, le malade est mis à une diète presque absolue; on lui donne jusqu'à 7 centigrammes d'opium, afin d'arriver à l'oblitération de la fistule stercorale. Vains efforts! même pendant cette période l'écoulement stercoral persiste.

Vers le 12 septembre, le malade était dans un état d'émaciation effrayant; on a repris le régime habituel.

Les urines rendues par l'urèthre, examinées le 18 septembre, contiennent de nombreux globules de pus. Leur quantité s'élève tantôt à un demi-litre par jour, et tantôt à un litre et demi. Elles sont parfois noirâtres.

Le pansement est constamment traversé par l'urine. La fistule stercorale a beaucoup diminué; à l'angle supérieur de l'incision on voit s'écouler, à chaque pansement, du pus épais. Pas de selles par le rectum. L'appétit est bon, l'émaciation est un peu réparée.

Le 21, nouvelle intervention. Je me décide à faire la néphrectomie lombaire pour faire disparaître la fistule urinaire et remédier aux poussées de fièvre, sans doute entretenues par la suppuration de la poche urineuse.

Dans le but d'obtenir l'asepsie de la plaie postérieure, j'oblitére la fistule stercorale, en avivant toute la surface de la plaie avec la curette tranchante, puis en suturant la peau au crin de Florence, après avoir jeté deux ligatures perdues au catgut au niveau de la fistule stercorale.

Puis, avec l'aide de mon collègue Tuffier, je pratique la néphrectomie lombaire par une très longue incision verticale, passant à 8 centimètres des apophyses épineuses, remontant sur les côtes et descendant sur la crête iliaque.

L'opération se passe simplement, sauf que, en l'absence de fils de soie suffisants, je suis obligé de laisser dans la plaie deux longues pinces à pédicule sur le paquet vasculaire du rein. La plaie est suturée dans toute sa hauteur, sauf au niveau des pinces. Un long drain est placé dans la partie inférieure de la loge rénale.

Au cours de l'opération, je note que l'extrémité inférieure du rein est friable et baigne dans un foyer purulent.

Pansement des deux plaies à l'iodoforme.

Examen du rein enlevé. — L'organe sectionné parallèlement à ses faces paraît sain, sauf une grande pâleur de son parenchyme. Nous avons noté plus haut la portion friable et infiltrée de pus de son extrémité inférieure.

Le bassin est absolument intact et nullement déchiré, ainsi que la partie d'urètre qui lui fait suite et qui mesure environ 1 ou 2 centimètres. L'urètre n'a pu être exploré au cours de l'opération.

L'examen histologique, pratiqué par M. Nicolle, montre le rein parsemé d'abcès milliaires à divers degrés de développement. Il s'agit là de lésions de néphrite ascendante suppurée, en tous points comparables au rein chirurgical.

Suites opératoires. — Dans la journée d'opération, l'état est excellent, le malade demande à manger et souffre beaucoup de la présence des pinces à demeure ; les premières urines rendues sont claires. Le malade ne prend que de la glace et 5 centigrammes d'opium.

Le 22, les pinces sont enlevées. Il y a un litre d'urines foncées, renfermant des globules rouges abondants et des leucocytes nombreux aussi. Le malade ne prend que du bouillon par cuillerées à café.

Le soir du 22 septembre, une hémorragie abondante force M. Buscarlet à changer le pansement.

Le 23, 500 grammes d'urine rouge foncé, contenant des hématies, globules blancs et hémoglobine. Le malade mange un peu de poulet.

Le 24, 400 grammes d'urine claire. On constate que des matières fécales ont filtré à travers les sutures.

Le malade se trouve bien.

A partir de ce moment, la plaie lombaire marche vers la cicatrisation, et la fistule stercorale persiste sans modifications bien notables.

Le 18 octobre, la fistule est très diminuée, elle est sur le point d'être oblitérée ; cette amélioration paraît due à ce que, depuis plusieurs jours, le malade a considérablement réduit la quantité de boissons qu'il prenait antérieurement.

La fistule ne mesure plus que 5 à 6 millimètres de hauteur ; elle a l'aspect d'une simple fente verticale.

Elle est donc sur le point d'être guérie et son oblitération n'est plus qu'une question de jours, d'autant plus que la défécation est redevenue normale et s'exécute sans l'aide de lavements. Le malade peut donc être considéré comme guéri.

Aujourd'hui, 31 octobre, j'apprends par M. Reclus que la fistule stercorale de mon malade est enfin fermée.

45. — Observation de Freeman

(*The British medical Journal*, 27 avril 1889, p. 944)

T... P..., soldat du corps de l'intendance et des transports, âgé de vingt-deux ans, était admis à l'hôpital Herbert dans la matinée du 9 octobre, pour avoir reçu un coup de pied d'un mulet dans l'abdomen. Il avait été renversé par le coup, et, comme il était incapable de se mouvoir, il avait été immédiatement transporté à l'hôpital dans une ambulance.

Il se plaignait d'une forte douleur persistante dans l'épigastre, et se tenait couché dans le lit avec les genoux relevés. Il paraissait souffrir un peu du coup, mais son pouls était fort et régulier, et la respiration normale.

A l'examen, on ne put découvrir aucun point particulièrement sensible ; l'abdomen ne présentait aucun signe extérieur de violence, et la surface de matité du foie ne parut pas augmentée. On pratiqua le traitement usuel contre l'évanouissement, et une petite quantité d'eau-de-vie fut administrée, mais cela provoqua immédiatement un léger vomissement. Bientôt après, il vomit de nouveau abondamment, rejetant le contenu de l'estomac sans aucun mélange de sang. Après cela, le malade se déclare beaucoup soulagé et paraît disposé à dormir. Plus tard, il urina sans difficulté et les urines ne contenaient pas de sang. Je lui pratique une injection hypodermique de morphine, après laquelle il dort tranquillement pendant l'après-midi et la soirée, et quand je le vis pour la dernière fois, à six heures et demie du soir, il paraissait aller bien. On me rapporta le lendemain matin (10 octobre) qu'il avait passé une nuit tranquille et qu'il ne s'était produit aucun symptôme défavorable jusqu'à environ huit heures et demie du matin, moment où il se plaignait d'une intense douleur abdominale et où il tomba tout d'un coup dans un état d'affaissement. On appela immédiatement le médecin du service, qui pratiqua des injections hypodermiques d'éther et d'eau-de-vie, sous l'influence desquelles le malade revint un peu à lui. Mais quand je le vis à neuf heures et demie du matin, il avait la face bleuâtre (cyanosée), le

pouls imperceptible et était certainement sur le point de mourir. La percussion de l'abdomen accusait une matité complète dans le bas du flanc droit, matité qui s'élevait en dedans de la ligne médiane. La respiration était pénible; pas de délire. La mort survint à dix heures quarante-cinq, environ vingt-quatre heures après son admission. Pas de selles pendant que le malade a été à l'hôpital.

A L'AUTOPSIE, dans laquelle je fus gracieusement aidé par le chirurgien Stuart M. S., je trouvai toute la cavité péritonéale remplie d'un liquide jaune, trouble, apparemment de provenance de l'intestin. Le foie était complètement couvert de bile, mais normal sous tous les autres rapports, de même que l'estomac, la rate, les reins et la vessie. L'intestin grêle présentait quelques ecchymoses profondes en plusieurs endroits, une mince couche de lymphé produisait une adhérence des plis adjacents. A la face antérieure de la partie inférieure du duodénum se trouvait une ouverture d'un pouce de diamètre, à bords réguliers et profondément congestionnés. Il y avait là un peu d'écrasement du tissu cellulaire environnant. Il n'y avait pas d'autre rupture tout le long de l'intestin. Gros intestin normal sous tous les rapports. Pas de rupture du diaphragme, mais j'ai trouvé trois quarts de pinté d'un sérum coloré de sang dans chaque cavité pleurale, avec quelques agglomérations de lymphé fibrineuse, évidemment tout à fait récentes. Les organes thoraciques ne présentent rien d'anormal. Pas de contusion des parois abdominales.

46. — Observation de Moty

(*Revue de chirurgie*, 1890, p. 880)

D..., soldat à la 1^{re} compagnie de remonte, entre le 30 octobre, à huit heures et demie, à l'hôpital du Val-de-Grâce, pour un coup de pied de cheval reçu vers cinq heures et demie du matin, au niveau de l'ombilic. Il avait été renversé par le choc et, son état semblant grave, il avait été dirigé d'urgence sur l'hôpital du Val-de-Grâce.

A son entrée, le facies est inquiet, pâle, légèrement grippé; une douleur constante existe à l'ombilic; la palpation, pratiquée avec prudence, l'exaspère; pouls petit et irrégulier, voix faible, intelligence nette, aucune trace de contusion sur la peau.

Le malade nous apprend, en outre, qu'il avait été à la selle, avait uriné et avait mangé une très petite quantité de pain avant son accident. Prescription : Diète absolue, potion opiacée à 2 décigrammes, à prendre par cuillerées à café.

Le malade est prévenu qu'une intervention pourra être indiquée à brève échéance ; il est mis en observation, tout est préparé pour une laparotomie éventuelle.

A neuf heures et demie, il vomit une petite quantité de matières bilieuses ; cependant son état ne se modifie pas jusqu'à trois heures après-midi. A ce moment il se plaint de douleurs vives, exaspérées par sa potion, qu'il prend avec répugnance par très petites quantités. A quatre heures et demie, l'état s'aggravant manifestement et les souffrances devenant fort vives, je lui fais avaler devant moi une gorgée de sa potion et je constate que la pénétration du liquide dans le tube digestif provoque aussitôt un redoublement de coliques ; le malade demande avec insistance l'intervention. En raison des phénomènes observés, après l'ingestion du liquide je diagnostique une perforation de la partie supérieure de l'intestin grêle, et, à cinq heures du soir, dans la salle d'opération chauffée à l'avance, je procède après chloroformisation à l'ouverture de l'abdomen.

Une incision de 25 centimètres contournant l'ombilic à gauche est pratiquée sur la ligne blanche, elle se termine à trois doigts au-dessus du pénis ; comme d'ordinaire, dans les cas de péritonite, elle fournit à peine quelques gouttes de sang ; l'aponévrose est incisée à petits coups au-dessous de l'ombilic, puis un doigt est introduit dans la boutonnière, qu'il sert à élargir ; débridant sur la pulpe de ce premier doigt comme conducteur, j'en introduis un second et je termine l'ouverture du péritoine, je note en passant que l'aponévrose est fortement tendue, quoique le malade soit endormi ; il y a contracture réflexe des muscles de l'abdomen.

L'abdomen ouvert, on aperçoit l'épiploon congestionné et le côlon transverse ; on les incline en haut et l'on trouve au-dessous des anses d'intestin grêle légèrement congestionnées, et tout à fait en haut l'estomac peu volumineux ; il n'y a pas de gaz dans l'abdomen. En déroulant les anses intestinales dans le point où la congestion paraît la plus vive, on découvre facilement une déchirure occupant la demi-circonférence supérieure d'une circonvolution dirigée horizontalement ; une forte hernie de la muqueuse turgescente, ayant à peu près la forme et le volume d'une coquille de noix, comble la déchirure sans l'oblitérer,

et en formant au contraire un canal muqueux entéro-péritonéal non susceptible de s'oblitérer sans un processus fort compliqué ; la circonvolution est dilatée au niveau du point lésé, tandis qu'elle est contractée à partir de 7 à 8 centimètres au-dessus et au-dessous ; les lèvres de la muqueuse-herniée s'alloient l'une à l'autre et s'opposent au passage des gaz, mais non à celui des liquides.

L'anse est légèrement dégagée, lavée à l'eau boriquée chaude, et l'on réduit la muqueuse avec la plus grande facilité ; cinq points de suture en crin de cheval, n'intéressant que la séreuse et la muqueuse, sont passés dans les deux lèvres de la déchirure, de manière à sortir à 5 millimètres de ses bords ; avec une aiguille ordinaire ils font dans les tissus un trajet de 7 à 8 millimètres ; en serrant les fils et les coupant au ras d'un double nœud, on constate que chacun d'eux disparaît complètement par l'adossement de la séreuse au fur et à mesure que l'on serre le suivant ; le dernier lui-même disparaît presque complètement.

La suture terminée, on déroule successivement les anses contiguës et l'on constate que la lésion siège à 75 centimètres environ au-dessous du pancréas ; on ne trouve pas d'autre plaie intestinale, mais, au niveau de la perforation suturée, on remarque une ecchymose du volume d'une noisette dans le mésentère correspondant ; on constate en outre quelques exsudats fibrineux disséminés sur les surfaces péritonéales voisines et quelques parcelles alimentaires douteuses. La congestion de la séreuse, très marquée aux alentours du point blessé, est peu prononcée vers l'estomac et vers le petit bassin.

Notons que la respiration s'est arrêtée un instant pendant l'opération, mais qu'il a suffi de quelques excitations pour la rétablir.

On procède à la toilette du péritoine au moyen d'une solution boriquée à 42° environ, que l'on verse en abondance et que l'on absorbe ensuite avec des éponges propres trempées dans la même solution et bien exprimées ; le lavage terminé, on constate que l'incision de la paroi abdominale, exsangue jusque-là, se met à donner du sang, ce qui me semble d'un bon pronostic, car je n'ai pas observé le même phénomène dans les laparotomies suivies de la mort du malade (péritonite trop avancée).

La suture des parois est pratiquée avec neuf points profonds en crin de Florence et une vingtaine de points superficiels en crin de cheval ; les fils profonds sont difficiles à placer ; quand l'aiguille de Reverdin va du bord péritonéal vers la peau, on ne court aucun risque, mais il

n'en est pas de même quand on l'enfoncé de la peau vers le péritoine; la rétraction prononcée de l'aponévrose augmente la difficulté.

On ne fait pas de drainage, on panse à la gaze iodoformée et l'on recouvre l'abdomen d'une large plaque de ouate de tourbe chaude, bien serrée par des bandages de corps et des bandes.

L'opération, faite sans difficulté à la lumière d'une lampe Carcel, est terminée complètement à 6 heures un quart; le malade, à son réveil, accuse un grand soulagement.

16 novembre. — Vomissements à quatre heures du matin; les douleurs n'ont pas reparu; pas de fièvre; le malade a uriné spontanément; diète, thé en boisson.

17. — Deux vomissements dans la journée d'hier. Température, 37°8 le soir; le pansement est levé dans le but de resserrer les sutures profondes et de les consolider avec des tubes de Galli et deux lames fixatrices en zinc; la plaie est en parfait état; on place facilement la lame de zinc et les tubes de Galli sur les anses de fil de Florence sectionnées en leur milieu; je donne un œuf à la coque matin et soir.

19. — Très bon état, aucune fièvre, chocolat le matin; notons seulement que, dans la journée du 17, le malade, ayant reçu la visite de quelques camarades, était tombé ensuite dans un état presque syncope, qui avait un instant donné quelque inquiétude. Cet accident résultait sans doute d'une impressionnabilité naturellement vive et augmentée momentanément par l'état péritonéal incomplètement dissipé. Quand je vis le malade, tout était rentré dans l'ordre.

22. — Le malade a été hier à la selle pour la première fois; il a éprouvé de vives douleurs dans sa plaie abdominale. En levant le pansement, on constate que plusieurs points de suture profonds et superficiels ont cédé et que les lèvres de la plaie, disjointes sur une étendue de 6 centimètres, laissent apercevoir l'épiploon à demi-hernié. J'enlève tous les points de suture et j'établis une compression, aussi énergique que possible, avec de la ouate de tourbe, des bandages de corps et des bandes.

23. — Le malade souffre et sent bien que ses douleurs siègent dans la plaie; ni fièvre ni trouble des fonctions; je dispose tout ce qui est nécessaire pour une suture secondaire et je lève le pansement qui est imprégné de sérosité. Je trouve une désunion complète, et l'orifice de la plaie occupé en haut par une masse épiploïque adhérent avec la paroi abdominale, en bas par des anses d'intestin. Je lave les parties herniées à l'eau boriquée chaude, je touche les lèvres de l'incision cu-

tanée déjà bourgeonnante avec la solution de cocaïne à un vingtième, puis je réduis tout, épiploon et intestin, et, prenant un fil de catgut fort, monté sur une aiguille à suture courbe ordinaire, je fais, avec beaucoup de difficulté d'ailleurs, des sutures profondes perdues de la manière suivante : en traversant l'aponévrose quatre fois du dedans en dehors, j'obtiens un point en X que je serre ensuite énergiquement. J'apporte, en enfonçant l'aiguille, la plus grande attention à traverser réellement l'aponévrose, malgré sa rétraction, et à décoller le moins possible les adhérences marginales de l'épiploon. Je place six points en quadruple crin de cheval, croisés également en X et comprenant la peau et la partie superficielle de l'aponévrose ; j'affronte enfin la peau par quelques points superficiels et je termine en plaçant un gros drain dans la cavité parapéritonéale, que j'ai ainsi formée.

Pansement serré.

24. — Ablation du tube à drainage.

Le malade éprouve quelques douleurs abdominales ; il a un vomissement dans l'après-midi et 37°8 le soir.

Je maintiens le pansement bien serré par l'application de nouvelles bandes ; mais il ressent dans la journée des secousses brusques qui indiquent probablement la rupture d'un ou plusieurs fils de catgut ; les jours suivants, le calme se rétablit graduellement.

8 décembre. — Le malade se déplace lui-même dans son lit.

15. — La plaie est solidement cicatrisée, sauf au niveau de l'ombilic.

1^{er} janvier. — La cicatrisation est complète ; le malade, qui se lève depuis quelques jours, éprouve un peu de gêne en marchant et en allant à la selle.

5. — Toute douleur a disparu, la cicatrice se consolide de plus en plus, et les adhérences épiploïques, cause probable des douleurs signalées plus haut, se sont assez relâchées pour permettre le fonctionnement normal de l'intestin ; le malade porte le seau d'eau sans difficulté. Mentionnons en dernier lieu une grippe avec angine, survenue vers la fin de janvier.

47. — Observation de Moty

(*Revue de chirurgie*, 1890, p. 879)

C..., cavalier de manège à l'École supérieure de guerre, reçoit, le 14 novembre 1889, deux coups de pied de cheval dans l'abdomen. Il

est renversé par la violence du choc ; on le relève, on le conduit aussitôt à l'infirmierie, où il a plusieurs vomissements et des menaces de syncope, et il entre à six heures du soir à l'hôpital du Gros-Caillou. Les vomissements sont arrêtés, les douleurs sont peu intenses ; le ventre est sensible, mais non ballonné ; on lui prescrit l'opium.

Le lendemain 15, l'état général semble bon, le pouls est petit, assez rapide, mais régulier ; la face est pâle et inquiète, sans avoir le cachet péritonéal caractéristique ; le malade dit que l'un des coups de pied a porté vers l'ombilic et l'autre dans le flanc gauche ; il est examiné avec soin par les médecins traitants de l'hôpital, et l'on constate que la peau ne présente aucune trace de contusion, que le ventre est dur, non ballonné, douloureux, à la pression au niveau de l'ombilic. Les vomissements n'ayant pas reparu depuis la veille et aucun symptôme inquiétant ne se produisant, on continue le traitement prescrit : glace et pilules d'opium ; mais, dans l'après-midi, les phénomènes de péritonite apparaissent brusquement, ils s'aggravent rapidement, et le malade meurt le 16, à quatre heures du soir, quarante-huit heures après l'accident.

L'AUTOPSIE, pratiquée le 18, à neuf heures du matin, permet de constater les lésions suivantes :

1° *Paroi abdominale*. — Ecchymose intra-musculaire au milieu de la région costo-illaque gauche, aucune trace de contusion vers la région ombilicale.

2° *Péritoine*. — Il ne renferme pas de liquide, mais un peu de gaz ; les anses intestinales sont agglutinées par des exsudats fibrineux qui existent aussi par place sur le péritoine pariétal. Toute la surface du péritoine est d'un rouge sombre.

3° *Intestins*. — L'intestin grêle offre, à l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur, une plaie ovale, à grand diamètre parallèle à l'axe de l'intestin ; par cette plaie, la muqueuse, déchirée sur une étendue moins considérable que la séreuse, fait hernie, borde toute la solution de continuité et vient adhérer, par sa partie déchirée, avec la surface péritonéale de l'intestin, formant ainsi une sorte d'anus contre nature intra-abdominal ; l'intestin est ballonné, plein de matières liquides jaunes.

On ne trouve aucune trace de contusion sur le mésentère ou sur les parties rétro-péritonéales situées en avant de la colonne vertébrale.

4° *La rate.* — Elle offre une très petite déchirure à son bord postérieur, au voisinage du rein gauche. Cette lésion n'a pas été suivie d'hémorragie ; elle provient évidemment du coup de pied reçu dans le flanc gauche.

5° *Le pancréas* est vert-grisâtre ; des travées claires dessinent à sa surface un réseau longitudinal complété par des travées secondaires ou obliques ; sur une coupe, ces travées présentent la forme d'un étroit triangle à base périphérique externe et à sommet dirigé vers l'axe de l'organe. Le foie et la rate présentent la même teinte verdâtre que le pancréas, accentuée surtout à leur surface. Le foie est granulo-graisseux cirrhotique.

6° *Plèvre.* — La plèvre gauche contient un peu de sérosité purulente claire.

7° *Artères.* — La tunique interne de l'aorte présente des plaques rouges d'endartérite aiguë formant un demi-cercle autour des orifices des gros troncs et des intercostales. Les autres organes n'offrent rien à noter.

48. — Observation de Croft

Résection pour une rupture de l'intestin (*Lancet*, 1889, p. 1099, 1^{er} juin)

Dans la matinée du vendredi 22 mai, M. Croft opéra un garçon de quatorze ans, pour une rupture de l'intestin, sans lésions externes. Le cas présente un succès complet. Quinze heures et demie avant, M. Croft vit ce garçon, qui avait été frappé par un cheval dans la région située entre l'ombilic et le pubis. On diagnostiqua une péritonite aiguë et infectieuse, et on pratiqua immédiatement la laparotomie. Une déchirure d'environ trois huitièmes de pouce de diamètre fut découverte dans l'intestin grêle. On avait pensé qu'elle se trouverait à l'extrémité inférieure du jéjunum ou à la partie supérieure de l'iléon. La contusion autour de la rupture avait à peu près un pouce de rayon. La paroi opposée de l'intestin était également contusionnée. Les parties étaient baignées par les produits de l'inflammation. Un morceau de l'intestin fut réséqué, à environ deux pouces un quart de son bord libre, et environ un-demi pouce de son bord mésentérique. On pratiqua une entérorraphie minutieuse avec emploi de sutures Lenbert, sur un seul rang,

environ trente-cinq sutures en tout. La cavité péritonéale et toutes les surfaces contaminées furent soigneusement désinfectées avec des solutions chaudes d'acide borique. L'incision de la paroi abdominale fut fermée de la façon usuelle. La température avant l'opération était 103°6; elle tombe en trois heures à 98°2; elle s'élève pendant la nuit à 100°4, et ensuite baisse graduellement. A partir de la nuit du second jour, elle est normale ou un peu abaissée. Les sutures de la paroi abdominale furent enlevées le septième jour, alors que le malade prenait déjà une once de nourriture liquide par la bouche. On put alors le considérer comme convalescent. Nous pensons que c'est là le premier cas publié d'opération heureuse pour ce genre de lésion.

49. — Observation de Cheyne

(*The British medical Journal*, 5 avril 1890, p. 781)

L. H..., âgé de dix-huit ans, était admis au service à neuf heures du soir, le 13 août 1889, avec l'histoire suivante: — Vers sept heures et demie du soir du même jour, il poussait une brouette de marchand de quatre saisons par la barre de derrière, avec les brancards en avant. Pendant qu'il marchait ainsi, les brancards heurtèrent violemment contre un obstacle et la barre de derrière le frappa à la partie supérieure de l'abdomen, lui causant une forte douleur, mais sans le faire évanouir. Il put pousser la brouette un peu plus loin et marcha environ un mille. Comme la douleur continuait, il fut porté à l'hôpital sur une voiture. Il n'avait pas vomi avant son admission. Quatre heures auparavant, il avait fait un copieux repas composé d'un bifteck, d'un pâté et de légumes.

Au moment de l'admission, il n'y avait ni plaie ni aucune ecchymose visible sur l'abdomen, et, quoiqu'il se plaignît d'une grande douleur abdominale, il y avait très peu de sensibilité et sa respiration n'était pas visiblement thoracique. Température, 97°. Son pouls avait 80 pulsations par minute et était un peu faible. — Le malade était assoupi, mais répondait bien aux questions. On le mit au lit, on lui administra de la teinture d'opium et on lui appliqua des émollients sur l'abdomen. Pendant la nuit il vomit plusieurs fois, mais il ne rejeta que des aliments en partie digérés, pas de sang. Il urina normalement; urines

exemptes aussi de sang. Pendant la nuit, pas d'aggravation ; mais la température s'élève à 103°, à quatre heures du matin.

14 août. — A neuf heures du matin, les symptômes de péritonite deviennent plus évidents. On peut trouver la sensibilité douloureuse sur les côtés, tandis que d'abord elle n'existait que sur le devant de l'abdomen ; le malade tenait ses genoux élevés. Dans la matinée, il vomit ; les matières rejetées étaient exemptes de sang, mais en pleine fermentation. A trois heures de l'après-midi, M. Cheyne vit le malade pour la première fois, et, comme il y avait évidemment péritonite généralisée et probabilité que l'intestin grêle devait être rompu, il se décida à pratiquer la laparotomie.

Le malade fut anesthésié et une incision fut faite sur la ligne médiane de l'ombilic, vers le bas. Les intestins étaient en partie recouverts par la lymphe et d'une belle couleur rouge laque, ce qui était plus marqué vers la poche de Douglas, où se trouvait un liquide trouble contenant des aliments à demi-digérés. La cavité péritonéale fut lavée avec de l'eau chaude. Mais comme la rupture ne pouvait être trouvée et que les aliments venaient d'en haut et se dirigeaient vers le bas, l'incision fut continuée en haut, au-dessus de l'ombilic, sur une longueur de trois pouces environ. La péritonite était très aiguë à la partie supérieure, en arrière du foie et de l'estomac, et une déchirure fut trouvée sur une partie de l'intestin, déchirure qui se terminait évidemment au duodénum. L'abdomen ayant été bien lavé et entièrement débarrassé du sang, de tout liquide et, autant que possible, de lymphe du péritoine, l'incision fut cousue, excepté à l'extrémité supérieure, où la partie de l'intestin déchiré fut portée hors de l'incision et maintenue en position par des points de suture. Pour amener à la surface la portion déchirée, il fallait pratiquer une ouverture dans l'épiploon gastro-colique, à travers laquelle l'intestin fut passé. L'opération dura quarante minutes, et le patient fut mis au lit très affaibli, avec un pouls difficilement perceptible et une température qui était tombée de 102°6 à 98°4. Il revint peu à peu à lui à l'aide de stimulants ; jusqu'à sept heures du soir, il put comprendre quand on lui parlait. Température, 100°8. A partir de sept heures du soir, il s'affaiblit et mourut, neuf heures après l'opération, avec une température de 99°.

AUTOPSIE (trente heures après la mort.) — Organes thoraciques normaux. — Péritonite aiguë généralisée et une petite quantité de sang

mêlé de sérum dans la cavité péritonéale. Il y avait beaucoup de lymphe sur les intestins et les autres viscères. Il était intéressant cependant de noter qu'aux endroits où la lymphe avait été enlevée pendant l'opération, il ne s'en était pas formé de nouvelle. La déchirure se trouvait trois pouces au-dessous de l'extrémité supérieure du jéjunum. On voyait visiblement une perte d'un pouce de long environ, oblique par rapport au grand axe de l'intestin ; mais, par suite du passage des aliments, de la péritonite consécutive, etc., il s'était formé un trou circulaire qui pouvait laisser passer le doigt. Les bords de l'ouverture intestinale étaient gangrenés.

50. — Observation de Yarr

(*The British medical Journal*, 17 mai 1890, p. 1131)

Le malade, un soldat, ayant l'aspect d'un garçon d'une constitution très délicate, âgé de vingt-deux ans, en sortant de sa chambre, à moitié endormi, est tombé d'une hauteur de 7 à 8 pieds sur une pierre et a été trouvé râlant, cinq minutes après, par quelques-uns de ses camarades, qui le portèrent immédiatement à l'hôpital. Je l'ai trouvé se plaignant d'une douleur, qu'il plaçait à un point situé juste au-dessus du pubis, et disant qu'il ne pouvait uriner, malgré un besoin intense.

L'examen montre une légère contusion de l'abdomen immédiatement au-dessus de l'ombilic, avec une grande sensibilité sous la pression à cet endroit.

Des contusions légères au poignet gauche, à la tempe et au côté gauche de la face. Le visage rouge, le pouls fort et bondissant, les extrémités chaudes; température, 99°. La douleur sus-pubienne est calmée presque entièrement par une cathétérisation avec la sonde n° 10, qui passe très facilement et permet de tirer une pinte d'urine absolument normale. De grands cataplasmes sont appliqués sur l'abdomen.

On donne du jus de viande et du lait fréquemment et en petites quantités, et une potion renfermant de la teinture d'opium d'heure en heure. Durant la journée, la douleur sus-pubienne, revenant à intervalles de deux ou trois heures, est calmée par la cathétérisation, et on tire de petites quantités d'urine normale. Une soif ardente devient

le principal symptôme et est apaisée jusqu'à un certain point par de la glace pilée.

Tels furent les faits les plus inquiétants pendant la première journée. La température, à sept heures du soir, était de 101° , la peau chaude et moite, le visage rouge et exprimant la souffrance, le pouls fort, mais irrégulier. Un lavement d'eau de sureau fut administré à neuf heures du soir, sans aucun effet.

31 août. — Le malade a dormi d'un sommeil agité pendant la nuit. La soif intense continue; à trois heures du matin, il a fallu le sonder à cause du retour de la douleur sus-pubienne. Aujourd'hui les principaux symptômes sont des nausées, une soif ardente et une douleur légère d'abord, mais s'accroissant vers le soir à un pouce au-dessus et à droite de l'ombilic. Le pouls toujours plein et fort; visage rouge, mais les traits tirés; la peau moite; température du matin, $99^{\circ}8$; celle du soir, $101^{\circ}2$.

Potion, eau-de-vie et glace pilée continuées. Injection hypodermique d'un demi-gramme de morphine à neuf heures du soir, à cause de la douleur abdominale. Sonder deux fois pendant la journée. La douleur sus pubienne semble disparue.

1^{er} septembre. — Le malade a bien dormi, mais s'est réveillé avec une forte aggravation de son état; la température s'élève rapidement, à onze heures du matin, à 104° de 101° où elle se trouvait à sept heures du matin. Grande douleur et sensibilité douloureuse sur tout l'abdomen (plus accentuée à droite et à gauche des régions hypogastriques et épigastriques); légère distension dans la matinée, augmentant dans la journée; jambes relevées, face rouge et inquiète: tous les symptômes ordinaires de la péritonite. Le patient est tenu toute la journée sous l'influence de la morphine; il en reçoit dans les vingt-quatre heures, en injection hypodermique, 1 gramme et demi. De petites quantités d'eau-de-vie, du lait et de la glace pilée sont administrés et gardés, malgré beaucoup de nausées. Il urine seul plusieurs fois dans la journée, et à neuf heures du matin il y a une petite selle, liquide, brun-jaunâtre, sans douleur ni effort. Les draps sont maintenus loin de l'abdomen, sur lequel on applique des compresses chaudes arrosées de teinture d'opium. Température à neuf heures du soir, 105° .

2. — Le patient vomit maintenant, à intervalles rapprochés, une petite quantité de bile presque pure; la soif continue à être intense; la distension augmente beaucoup; la douleur est calmée par la mor-

phine. Je fais une ponction dans l'intestin grêle, environ à la jonction des régions lombaire gauche et ombilicale, avec une aiguille hypodermique, donnant passage à une petite quantité de gaz et occasionnant un petit soulagement momentané. Trois selles abondantes liquides et brunâtres sont expulsées dans vingt-quatre heures. Le pouls s'affaiblit pendant la journée et les extrémités sont froides. La température du matin et du soir est 103°8 et 99°. Durant la nuit, la quantité de bile vomie augmente tellement que 8 onces sont vomies en une seule fois, pas d'odeur fécale.

3. — Le malade a passé une nuit agitée, mais sans souffrance ; ce matin, la douleur a entièrement disparu, mais le collapsus est maintenant marqué. Température, 37°; face pâle et tirée, extrémités froides ; de petites quantités d'eau-de-vie, de jus de viande et du lait sont donnés chaque quart d'heure. Le malade dépérit graduellement et meurt tranquillement, conscient jusqu'à la fin, à quatre heures du soir.

AUTOPSIE pratiquée quinze heures après la mort.

Signes externes. — Corps bien constitué ; après la mort, des taches paraissent sur les reins, sur les fesses, sur les épaules ; abdomen distendu ; contusions sur le ventre, au poignet gauche, à la tempe et sur le côté gauche de la face.

Signes internes. — a) *Abdomen.* — Une grande quantité de gaz s'échappa au moment de l'ouverture et environ deux pintes de liquide péritonéal contenant de nombreux amas de lymphe furent expulsées. L'intestin grêle était énormément distendu, la distension commençait vers le milieu de l'iléon et augmentait graduellement de bas en haut pour s'arrêter tout d'un coup au duodénum. Péritoine fortement congestionné ; la surface de l'intestin présentait çà et là des portions de lymphe en partie adhérentes. Une rupture de la grandeur d'une pièce de six pence environ fut trouvée, après une recherche soigneuse et difficile, sur la face antérieure du duodénum, immédiatement au-dessous de l'ouverture des canaux cholédoque et pancréatique. Il ne s'en était pas échappé plus d'une once ou de trois quarts d'once de matières fécales, le tout étant entouré par une quantité de liquide péritonéal, qui à ce point comprimait étroitement l'intestin. L'estomac, énormément distendu, contenait douze onces de bile presque pure ; gros intestin normal ; foie fortement congestionné et friable, pesant soixante-sept onces ; rate congestionnée, d'ailleurs nor-

male; rein normal; pancréas congestionné; vessie normale, presque vide.

b) *Thorax*. — Congestion considérable des deux poumons, qui étaient aussi comprimés par la pression de la partie supérieure des viscères abdominaux; cœur droit plein de sang coagulé, d'ailleurs normal.

c) *Crâne*. — N'a pas été ouvert.

51. — Observation de Reboul

(*Marseille médical*, 1891, p. 552)

Un homme de quarante-deux ans, journalier, entre le 4 mai, à cinq heures du soir, à l'hôtel-Dieu de Marseille, service de M. le Dr Combalat, salle Cauvière, 6.

Le 4 mai, à quatre heures du soir, après de nombreuses libations, X... a été renversé par un boghei; la roue de la voiture a traversé obliquement l'abdomen, au niveau des fausses côtes gauches et de la région ombilicale. Le malade ne peut se relever et perd connaissance. On le transporte immédiatement à l'hôtel-Dieu.

A son entrée, X... est dans la stupeur; vomissements fréquents. Il est impossible de distinguer si les symptômes que présente le malade se rapportent à l'ivresse ou sont la conséquence de la contusion de l'abdomen. L'interne de garde prescrit un traitement approprié: glace, opiacés, immobilisation.

Pendant la nuit, vomissements fréquents.

Nous voyons le malade le 5 mai, à neuf heures du matin, dix-sept heures après l'accident. X... est dans la somnolence et l'on ne peut que difficilement le réveiller et obtenir des réponses aux questions qui lui sont faites. Il accuse de vives douleurs dans l'abdomen, au niveau de l'ombilic. La palpation de cette région est très sensible et augmente les douleurs; de même sur la dixième côte gauche, où l'on constate une fracture complète et un épanchement sanguin. Pas de ballonnement du ventre, matité dans les parties déclives: flancs, hypogastre. Vomissements jaunes-verdâtres très fréquents, hoquet. Dyspnée extrême. Pas de signes à l'auscultation. Langue sèche, soif vive, abaissement de la température; pouls petit, fréquent. Facies péritonique, cyanose et refroidissement des extrémités.

La gravité de l'état du malade ne permet pas de penser à une intervention active, et l'on se borne à un traitement palliatif : glace, opiacés, immobilisation.

X... succombe à onze heures du matin, dix-neuf heures après l'accident.

AUTOPSIE. — Pas d'épanchement sanguin, ni trace de contusion dans les couches de la paroi abdominale antérieure. La séreuse contient en abondance du sang collecté dans les parties déclives (fosses lombaires, bassin). Le sang est mélangé à des matières intestinales. Le grand épiploon est rouge, ecchymosé. En le soulevant, on voit, au niveau de la région ombilicale, les anses intestinales légèrement agglutinées et congestionnées, et, au devant de la colonne vertébrale, deux larges perforations : l'une siège sur la troisième portion du duodénum ; l'autre, plus étendue, sur une anse du jéjunum située immédiatement au-dessous. La rupture du duodénum est ovale, à grand diamètre parallèle à l'axe de l'intestin. La solution de continuité a une étendue de 4 centimètres et comprend le tiers de la circonférence de l'intestin ; la muqueuse renversée, du côté de la séreuse, forme un bourrelet saillant. La déchirure du jéjunum est beaucoup plus grande et mesure 10 centimètres dans son grand axe parallèle à celui de l'intestin. Elle est divisée en deux orifices ovalaires par une bandelette formée par les tuniques intestinales qui ont résisté. Cette déchirure atteint les deux tiers de la circonférence de l'intestin ; comme au duodénum, la muqueuse est renversée au dehors et forme un bourrelet. Légère éraillure du mésentère au niveau de la région du jéjunum.

Rien au foie, à la rate, aux reins.

Fracture de la dixième côte gauche à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs.

52. — Observation de Wassilieff

(*Revue de chirurgie*, 1891, p. 1011)

Contusion de l'abdomen. — Pas d'intervention. — Déchirure de l'intestin grêle. — Mort.

Kchivozinski (V.), dix-huit ans, serrurier, entra à l'hôpital Saint-Roch, le 4 août 1890. Il était tombé du premier étage d'une maison

sur le pavé ; il avait une plaie au menton et s'était cassé plusieurs dents. Il ressentait de fortes douleurs dans le ventre ; avait des vomissements et le pouls assez bon.

Je proposai de faire de suite la laparotomie ; mais les deux autres chirurgiens conseillèrent d'attendre, vu que le pouls et l'état du malade étaient assez satisfaisants, et qu'on ne savait pas si les intestins étaient attaqués. On résolut d'attendre. Le lendemain, le blessé mourut. A l'autopsie, on découvrit un trou dans l'intestin grêle et de la péritonite.

53. — Observation de Rockwell

(*The New-York medical Journal*, nov. 21, 1891, p. 572)

Le malade, un homme de quarante-trois ans, était un épileptique ; il avait cinq pieds et trois pouces de haut, et pesait probablement 175 livres. Dans la soirée du 25 septembre, il mangea un copieux souper, et, à 11 heures du soir, il eut une forte crise, pendant laquelle il tomba de son lit en frappant du ventre contre le montant du lit. Deux heures après, il se plaignait d'une douleur dans l'abdomen ; cependant, à cinq heures et demie du matin, il se leva, s'habilla lui-même, et se tint droit plus d'une heure. Lorsque je le vis pour la première fois, huit heures et demie après l'accident, il était de nouveau couché dans son lit, à moitié conscient, grelottant ; sueur épaisse, pouls imperceptible, respiration pénible, rapide, surtout thoracique ; pupilles grandement dilatées, lèvres bleuâtres, avec une expression spéciale de souffrance sur la figure. Il se plaignait seulement de douleurs derrière la tête et le cou. L'examen du corps montra une large trace d'ecchymose sur le côté droit de la région inguinale, d'environ 6 pouces de longueur sur un pouce et demi de largeur, immédiatement au-dessus et parallèlement au ligament de Poupart. Vers l'extrémité et en dehors de l'ecchymose, il y avait plusieurs petites écorchures superficielles apparemment dues à d'autres petites blessures. La pression de l'abdomen, sur la région hypogastrique, cause de la douleur, et le patient préfère être couché sur le côté droit avec les membres fléchis sur le corps, pour ne pas fatiguer la paroi abdominale. A ce moment, il n'y avait pas d'élévation de température.

Une petite quantité d'urine fut tirée avec un cathéter. Des stimu-

lants furent administrés par l'estomac ; on pratiqua des injections hypodermiques de morphine, et on laissa au malade le temps de se remettre de la commotion ; mais les symptômes s'aggravèrent graduellement, la température monta à 102°, l'abdomen devint tympanique avec matité sur les côtés, et le patient mourut seize heures après l'accident.

L'AUTOPSIE montra : les parois abdominales épaisses et graisseuses plus que d'ordinaire ; environ deux pintes de sérum mêlé de sang et des matières fécales dans la cavité péritonéale ; les signes d'une péritonite à marche rapide, et une rupture dans l'iléon, opposée à son attache mésentérique, à environ quatre pieds de la valvule iléo-cœcale. La déchirure avait un pouce et un huitième de longueur et l'intestin lésé était appliqué..... contre la blessure externe. L'ecchymose sur la peau était purement superficielle, et les parois musculaires elles-mêmes ne présentaient pas de signes de lésion.

54. — Observation (personnelle)

Rupture intestinale. — Péritonite aiguë septique. — Laparotomie. —
Suture intestinale. — Mort.

L... (Eugène), domestique à Montpellier, âgé de soixante-six ans, entre, le 6 août 1892, à l'Hôpital suburbain, service de M. le professeur Dubrueil, alors remplacé par M. le professeur agrégé Estor, salle Delpech, n° 13.

Dans la matinée, le malade est tombé d'une échelle, sur laquelle il était monté, et a été précipité à terre, à plat ventre, sur cette échelle. Depuis le moment de l'accident, le malade a été pris de douleurs très vives au niveau de la fosse iliaque droite particulièrement, et aussi dans tout le ventre. Plaie légère au menton.

Au moment de son entrée, pas trace de contusion sur l'abdomen ; il y a déjà un léger degré de météorisme, ventre douloureux, surtout dans la zone sous-ombilicale et à droite. Sonorité dans toute l'étendue. Coliques très violentes, angoisse respiratoire. P., 92. Pas de fièvre. Pas de vomissements. Le malade est constipé depuis trois ou quatre jours. On prescrit : morphine, cataplasmes chauds, immobilisation.

7 août. — Le malade est à peu près dans le même état. Nuit agitée. Douleur persistante. T., 37°. P., 100. Quelques nausées. Ventre un peu plus ballonné.

8. — Le météorisme a encore augmenté. Ventre de plus en plus douloureux. T., 37°. P., 92. Langue à peu près normale. Soif vive. Anxiété plus grande. Pas de selle. Nausées dans la journée. Dans l'après-midi, le malade est pris de vomissements. Douleurs plus vives. Sueurs ; soif ; symptômes manifestes de péritonite. T., 37°2. P., 112.

9. — Nuit mauvaise ; les vomissements, de jaune-bilieux, sont devenus verdâtres et même verts-noirâtres, à tendance fécaloïde. T., 37°4. P., 124. Malade très fatigué, en pleine péritonite. Tendance au refroidissement, accusée par le malade. État général grave. A neuf heures du matin, laparotomie ; incision allant de l'ombilic au pubis. Dissection pénible du feuillet pariétal du péritoine, en raison de nombreuses adhérences déjà formées entre celui-ci et l'intestin. Épaississement caractéristique de la péritonite plastique ; vascularisation, néomembranes jaunâtres agglutinées. Au moment où l'on ouvre le ventre, il s'échappe un flot de matières fécales indiquant la présence d'une perforation intestinale. En même temps, abondante issue de gaz. On commence alors à libérer avec soin les anses intestinales qui présentent un aspect rouge-sombre, elles sont très hyperémiées et très enflammées. On découvre bientôt un orifice de 1 centimètre environ de diamètre, arrondi, couronné d'un bourrelet muqueux et laissant échapper des matières fécales. On applique huit points de suture à la soie. On étale ensuite avec soin, et l'on passe en revue toute la masse intestinale ; on ne trouve pas d'autres perforations. Lavages abondants du ventre à l'eau salée chaude.

La suture des parois est pratiquée avec sept points profonds et onze points superficiels à la soie.

Dans l'après-midi, l'état général s'aggrave. Vomissements, algidité, coma, etc. T. A., 38°. P., 140. Mort à six heures du soir.

AUTOPSIE le 11 août, à huit heures du matin. — Gaz abondants à l'ouverture du ventre. Intestin hyperémié, distendu. La suture, facile à retrouver, a bien tenu. Un courant d'eau, à forte tension, est impuissant à la rompre. Pas de zone inflammatoire autour du lieu de suture.

Pas d'autre perforation que celle qui a été suturée.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Rupture de l'intestin grêle, par coup de pied de cheval, sans solution de la paroi abdominale; péritonite aiguë; mort. Arch. de méd. milit., 1889.
- BARADUC. — Perforations traumatiques multiples de l'intestin. Bull. Soc. anat., t. XIII, 1888, p. 336.
- BAUDENS. — Péritonite traumatique avec perforation de l'intestin. Mort trente-six heures après l'accident; autopsie. Gaz. des hôp., 1844, p. 137.
- BECK. — Weiter Fälle von Darm- wie Leberzerreissung in Folge von Hufschlag auf den Unterleib, sowie von Blasenruptur durch Sturtz. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1881, p. 1.
- BÉDIÉ. — Contusion de l'abdomen, péritonite aiguë, suite de perforations intestinales. Recueil de méd., de chir. et de pharm. militaires, 1861.
- BELL. — Rupture de l'intestin par traumatisme. Montreal med. chir. Soc., 17 mai, 1889.
- BERGER. — Rapport sur un travail de M. le docteur Bouilly intitulé : « Coup de pied de cheval. Rupture de l'intestin grêle, sans contusion des parois abdominales; péritonite suraiguë; laparotomie, résection et suture de l'intestin; mort au dixième jour. » Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1883.
- BLÉ. — Rupture de l'intestin grêle, sans solution de continuité des parois abdominales. Bull. Soc. anat., 1880, p. 381.
- BONNET. — Péritonite aiguë par perforation; laparotomie. Provence médicale, 20 mai, 1889.
- BOUILLY. — Voir Berger (Rapport sur un travail de M. le docteur Bouilly etc.). — Congrès français de chir., 1885 et 1889.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent, 1821, t. VII.
- CHAPUT. — Coup de pied de cheval dans la région du flanc droit. Rupture de l'urètre et du côlon ascendant. Suture de l'intes-

- tin. Néphrectomie. Guérison. Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1889.
- CHAUVEAU. — Des lésions traumatiques du tube digestif sans solution de continuité des parois abdominales. Th. de Paris, 1869.
- CHAUVEL. — Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1885.
- CHAVASSE. — Étude sur les contusions et ruptures de l'intestin, sans lésion apparente des parois abdominales. Arch. de méd. et de pharm. milit., 1884. — Contusion abdominale par coup de pied de cheval. Péritonite aiguë; laparotomie. Mort. Contusions multiples des viscères. — Bull. et mémoires de la Soc. de chir., t. XI, 1885, p. 123. — Congrès français de chir., 1885.
- CHEYNE. — Rupture du jéjunum. Laparotomie. The Brit. med. Jour., 1890.
- CLAUDOT. — Trois cas de contusion grave des cavités splanchniques, par coup de pied de cheval. Arch. de méd. milit., 1889.
- COILLOT. — Des lésions de l'intestin et de l'estomac consécutives aux lésions abdominales. Th. de Paris., 1885.
- COLLIER. — Rupture de l'intestin grêle, mort trois semaines après. Brit. med. jour., 1889.
- COOPER (A.) — Œuvres chirurgicales, traduction française, par Chas-saignac et Richelot, 1835.
- CROFT. — Résection avec succès pour une rupture de l'intestin. The Lancet, 1889.
- CUVEILHIER (Ed.). — Rupture de l'intestin grêle par un coup de pied de cheval. Bull. Soc. anat., 1860, p. 54.
- DELORT. — Observation d'une luxation des os du métatarse sur ceux du tarse. Bull. Soc. anat., 1826.
- DESPRÈS. — Art. Intestins, Nouveau dict. de méd. et de chir. pratiques, t. XIX, 1874.
- DRUILLOT. — Des ruptures traumatiques de l'intestin, sans solution de continuité des parois abdominales. Th. de Paris, 1882.
- DUMEZ. — Des ruptures de l'intestin grêle par traumatisme, sans lésion des parois abdominales. Th. de Paris, 1882.
- DUPLAY. — Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1885.
- DUPLAY et FOLLIN. — Traité élémentaire de pathologie externe. Paris, 1878, t. V.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, 1892, t. VI.

- DUPUYTREN. — In : Leçons orales de Dupuytren, recueillies par MM. Paillard et Marx, t. II, 1834.
- DUTHIERS. — Un cas de perforation intestinale produite par un coup sur le ventre (pavé de grès). Bull. Soc. anat., 1848, p. 326.
- EDMOND OWEN. — The Lancet, 1885, t. II, p. 663.
- ESTOR. — Quelques expériences sur les plaies de l'intestin grêle. Plaies par balles de revolver du calibre de 5 millimètres. Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, n° 15, 12 avril 1891.
- FAUROT. — Essai sur les ruptures traumatiques de l'intestin, sans lésion des parois abdominales. Th. de Paris, 1877.
- FAVIER. — Rupture de l'intestin grêle par coup de pied de cheval, sans lésion de la paroi abdominale; péritonite suraiguë; mort. Arch. de méd. milit., 1889.
- FOLLIN. — Art. abdomen (pathogénie chirurgicale), Dict. encyclopédique des sciences médicales, première série, t. I.
- FOLLIN et DUPLAY. — Voir Duplay et Follin.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale, 1892, t. II.
- FOX. — Deux cas de laparotomie pour traumatisme de l'abdomen et deux cas de plaies de l'abdomen avec hernie épiploïque. Med. News, 12 nov. 1888.
- FREEMAN. — Rupture de la troisième partie du duodénum. The Brit. med. Jour., 1889.
- GANGOLPHE. — Note sur un fait de perforation intestinale, sans lésion des parois abdominales. Lyon médical, 1883, p. 417.
- GENDRON. — Plaies contuses du mésentère et de l'intestin, sans lésion des parois abdominales. Bull. Soc. anat. 1882.
- GUYON. — Art. Abdomen, Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, première série, t. I.
- HERMES. — Rupture de l'intestin, déchirure de l'épiploon, arrachement du mésentère à la suite d'une chute. Centralblatt für Chirurgie, 1892, n° 16, p. 332.
- HEYDENREICH. — Du traitement de certaines péritonites par la laparotomie. Sem. méd., 1885, p. 247.
- INCHAUSPÉ. — Etude clinique sur la contusion de l'abdomen. Th. de Paris, 1877.
- JACCOUD. — Perforation traumatique de l'intestin grêle, produite par un coup de manche à balai sur le ventre. Bull. Soc. anat., 1859, p. 241.

- JALAGUIER. — Voir Duplay et Reclus. *Traité de chirurgie*, 1892, t. VI.
- JAMIN. — Rupture traumatique de l'intestin grêle ; épanchement sanguin et gazeux dans le péritoine ; pas d'ecchymose de la paroi abdominale. *Bull. Soc. anat.*, 1881.
- JOBERT (de LAMBALLE). — *Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal*, 1829, t. I.
- LEGOUEST. — *Traité de chirurgie d'armée*, 1872.
- LONGUET. — Remarques sur la rupture de l'intestin, sans lésion des parois abdominales. *Observation. Bull. Soc. anat.*, 1875.
- MARCHAND et VERNEUIL. — Art. Contusion. *Dict. encyclopédique des sciences médicales*, première série, t. XX.
- MICHAUX. — De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du tube digestif. *Gaz. des Hôp.*, 1888.
- MIKULICZ. — Laparotomie, dans la perforation de l'estomac ou des intestins. *Sem. méd.*, 1884, n° 40, p. 388.
- MORGANI. — De sedibus et causis morborum, t. II. *Epist. LIV*, p. 324 ; observ. n° 14.
- MOTY. — Études sur les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. *Revue de chirurgie*, 1890. — Du Traitement des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, t. XVII, 1891.
- MOUILLÉ. — Considérations générales sur la péritonite traumatique à la suite de coup de pied de cheval, sans lésions apparentes des parois abdominales. *Recueil de mémoires de méd., de chir. et de pharm. militaires*, 1861.
- MUGNIER. — Les lésions tardives de l'intestin consécutives au traumatisme de l'abdomen, sans trace apparente de contusion sur les parois abdominales. *Th. de Paris*, 1883.
- NELSON. — Rupture de l'intestin grêle. *St-Louis courier of medecine*, III, n° 5, 1891.
- NOGUÈS et RECLUS. — Voir Reclus et Noguès.
- PARSAVANT. — Étude sur les contusions de l'abdomen sans plaie. *Th. de Paris*, 1877.
- PÉNASSE. — Réflexes et observations sur les contusions de l'abdomen. *Th. de Paris*, 1831.
- RÉBOUL. — Contusion de l'abdomen : ruptures du duodénum et de l'intestin grêle. *Marseille médical*, 1891.
- RECLUS. — Des plaies pénétrantes de l'intestin grêle. *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1891.

- RECLUS et NOGUÈS. — Traitement des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin. *Revue de chir.*, t. X, 1890.
- RECLUS et FORGUE. — Voir Forgue et Reclus.
- RECLUS et DUPLOY. — Voir Duploy et Reclus.
- ROCKWELL. — Rupture de l'intestin à la suite de traumatisme. *The New-York med. Journ.*, 1891.
- SCHWARTZ. — Perforation traumatique de Siliaque du côlon, sans aucune trace de contusion, même légère, des parties environnantes; péritonite suraiguë. *Bull. Soc. anat.*, 1877.
- SÉDILLOT. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1848, 1850.
- TILLAUX. — *Traité de chirurgie clinique*, 1892, t. II.
- TISSIER. — Rupture de l'intestin par passage d'une roue de voiture sur le corps, sans lésion des parois abdominales. *Bull. Soc. anat.*, 1883.
- TRÉSORET. — Des perforations intestinales considérées au point de vue de leur étiologie, de leur mécanisme et de leur anatomie pathologique. Thèse de Paris, 1880.
- TRUC. — Traitement chirurgical de la péritonite. Th. d'agrégation, 1886.
- VELPEAU. — De la contusion dans tous les organes. Thèse de conc., 1833.
- VERNEUIL et MARCHAND. — Voir Marchand et Verneuil.
- VILLEMEN. — Recherches sur quelques points de l'histoire de la péritonite traumatique à la suite de contusions abdominales. Th. de Paris, 1877.
- WASSILIEFF. — Quelques remarques sur le traitement des lésions traumatiques de l'abdomen. *Revue de chir.*, 1891.
- YARR. — Rupture du duodénum. *The Brit. med. Jour.*, 1890.



Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 25 octobre 1892.

Le Recteur,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 octobre 1892.

Pour le Doyen,
L'Assesseur,
CARRIEU.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
